

Comitato scientifico

Elio Borgonovi (coordinatore)
Ordinario di economia delle amministrazioni pubbliche
Università Bocconi di Milano
Direttore Scuola di Direzione Aziendale

Luca Anselmi
Ordinario di economia aziendale - Università di Pisa

Sabino Casese
Ordinario di diritto amministrativo
Università La Sapienza di Roma

Siro Lombardini
Ordinario di economia - Università di Torino

Antonio Pedone
Ordinario di scienze delle finanze - Università La Sapienza di Roma

Fabio Roversi Monaco
 Rettore - Università di Bologna

Fondatore e direttore responsabile

Luigi D'Elia
Presidente Asdas

Condirettore e direttore scientifico

Elio Borgonovi

Redazione:

Coordinatore generale

Mario Del Vecchio

Coordinatori di sezione

Gianmaria Battaglia - Luca Brusati - Giovanni Fattore - Marco Parenti - Carlo Ramponi - Rosanna Tarricone

Redattori

Giorgio Casati - Giorgio Fiorentini - Andrea Garlatti - Alessandra Massei - Marco Meneguzzo - Franco Sassi - Antonello Zangrandi - Francesco Zavattaro

Direttore editoriale

Anna Gemma Gonzales

Segreteria di redazione

Silvia Tanno

Direzione

00197 ROMA - Viale Parioli, 77
Tel. 068073368-068073386 - Fax 068085817

Redazione

20135 MILANO - Viale Isonzo, 23
Tel. 0258362600 - Fax 0258362598
E-mail: mecosan@uni-bocconi.it

Pubblicazione

— edita da **SUPIS**, soc. ed. iscritta al n. 285 del Reg. Naz. della Stampa in data 22 settembre 1982 e al n. 80 del Registro degli operatori della comunicazione (R.o.c.)

— registrata presso la Cancelleria del Tribunale di Roma con il n. 3 in data 8 gennaio 1992

— fotocomposta da **SUPIS** s.r.l.

— stampata dalla Grafica Ripoli, Via Paterno, Villa Adriana-Tivoli, tel. 0774381700, fax 0774381700

— spedita in abbonamento postale, c. 20, art. 2, L. n. 662/96 - Aut. P.T. Roma

— prezzo di una copia: € 50,00

Proprietà letteraria riservata

Si ricorda che:

— è un reato fotocopiare la rivista o parti di essa senza l'autorizzazione dell'editore;

— chi fotocopia la rivista o parti di essa si espone a:

1) multa penale [art. 171, lettera a), L. n. 633/41] da € 51,65 a € 2.065,83;

2) azioni civili da parte di autori ed editori;

3) sanzione amministrativa (art. 1, L. n. 159/93) da € 516,46 a € 5.164,57;

— fotocopie per uso personale del lettore possono essere effettuate nei limiti del 15% di ciascun volume/fascicolo dietro pagamento alla Siae del compenso previsto dall'art. 68, c. 4, L. 22 aprile 1941, n. 633, ovvero dall'accordo stipulato tra Siae, Aie, Sns e Cna, Confartigianato, Casa, Clai, Confcommercio, Confesercenti il 18 dicembre 2000.

Si ricorda in ogni caso che la sostituzione della rivista originale con fotocopie della stessa in tutto o in parte rischia di distruggere la cultura stessa e la rivista con un pregiudizio irreparabile per la ricerca.

MECOSAN

*Italian Quarterly of Health
Care Management, Economics and Policy*

edita sotto gli auspici del Ministero della salute

IN QUESTO FASCICOLO:

Editoriale

- 2 **Consenso politico e autonomia aziendale: compatibilità presenti e future**
Elio Borgonovi

Sez. 1ª - Saggi e ricerche

- 9 **Strumenti di governo dei gruppi di aziende sanitarie pubbliche: quale mix scegliere dal tool box?**
Francesco Longo

- 25 **Azienda sanitaria e paziente, un rapporto in evoluzione. Il Trust Oriented Marketing applicato alla sanità**
Erika Mallarini

- 45 **L'allocazione delle risorse alle Aziende sanitarie locali: il caso della Regione Toscana**
Cesare Cislighi, Elvira Pisani, Fabrizio Tediosi

- 59 **Knowledge management e aziende sanitarie pubbliche: l'esperienza della Asl di Pisa**
Giovanni Belcari, Tiziana Mele

Sez. 2ª - Documenti e commenti

- 79 **L'Ospedale polispecialistico tra presente e futuro. Assetto istituzionale, organizzativo e gestionale**
Federico Lega, Giorgio Verme

Sez. 3ª - Esperienze innovative

- 103 **Linee di prodotto: segmentazione del mercato dei ricoveri**
Luca Baldino, Enrico Parma

- 121 **Il clima organizzativo: l'esperienza dell'Azienda ospedaliera «Santa Maria degli Angeli» di Pordenone**
Lidija Borcic, Giuseppe Caroli, Maria Teresa Ermano

- 133 **La ridefinizione del processo di P&C nella Asl di Viterbo: matrici di priorità e fattibilità**
Francesco Ripa di Meana, Gino Gumirato, Pietro Grasso, Angelo Tanese

Sez. 4ª - La sanità nel mondo

- 145 **La formulazione dei progetti di innovazione strategica tra forma e sostanza: il caso degli ospedali francesi**
Didier Vinot

Sez. 6ª - Biblioteca

- 155 **Recensioni**

- 158 **Novità bibliografiche**

- 163 **Spoglio riviste**

CONSENSO POLITICO E AUTONOMIA AZIENDALE: COMPATIBILITÀ PRESENTI E FUTURE

Elio Borgonovi

L'affermazione secondo cui la sanità è in crisi, non è nuova, ma richiede comunque qualche precisazione. Sicuramente, infatti, l'evidenza di ogni giorno dimostra che in tutti i Paesi, economicamente progrediti o meno progrediti, la risposta ai problemi di salute appare inadeguata in quanto milioni di persone non riescono ad ottenere concretamente quelle prestazioni e quei servizi che, allo stato delle conoscenze e degli strumenti oggi disponibili (esempio: farmaci, attrezzature di diagnosi e cura, ecc.) potrebbero evitare la morte, recuperare un migliore livello quali-quantitativo di benessere fisico e psichico, prevenire l'insorgere di malattie.

A queste difficoltà nel raggiungere soddisfacenti equilibri tra domanda e offerta di servizi di tutela della salute, si accompagnano anche difficoltà nella realizzare l'equilibrio tra spese (risorse economiche assorbite) e finanziamento (risorse economiche messe a disposizione) dei sistemi di tutela della salute.

Poiché al termine crisi è generalmente associata nel nostro Paese una accezione negativa, è necessario precisare che:

1) il sistema è in fase di rapido e strutturale cambiamento determinato soprattutto dal progresso delle conoscenze scientifiche e delle tecnologie (conoscenze applicate) sia direttamente finalizzate a interventi sullo

stato di salute (tecnologie sanitarie) sia di supporto (tecnologie delle informazioni e delle comunicazioni);

2) esiste un elevato livello di turbolenza dovuto alle modificazioni dei comportamenti di pazienti, medici e altri professionisti della salute, responsabili delle politiche di settore e di quelle economiche e sociali in generale;

3) vi è un diffuso senso di incertezza in quanto le continue modificazioni sul piano normativo, economico, organizzativo ed operativo fanno venir meno i tradizionali punti di riferimento.

Peraltro la valutazione della situazione odierna è fortemente condizionata:

a) dalla percezione dei diversi attori: chi in questa fase storica ha perso o sta perdendo posizioni in termini di responsabilità e potere è più propenso a percepire uno stato di crisi cui attribuisce valore negativo, mentre chi ha acquisito o acquisisce nuove posizioni di responsabilità e potere è portato a esprimere valutazioni positive su questa fase di cambiamento e considera le difficoltà di carattere operativo e finanziario come sfide e stimoli all'innovazione;

b) dal modo in cui viene utilizzata la comunicazione all'opinione pubblica: di volta in volta si mandano messaggi positivi sul sistema di tutela della salute italiano (qualità dell'assi-

stenza non inferiore ad altri Paesi, livelli della spesa non elevata in rapporto alla media dei Paesi OCSE, ecc.) o negativi (disavanzi a consuntivo, vetustà degli edifici ospedalieri, obsolescenza delle apparecchiature e attrezzature, esistenza di code e tempi di attesa) in relazione alle politiche che si intendono perseguire in un determinato momento (esempio: legge finanziaria, lancio di progetti da parte del Ministero, richieste di finanziamenti speciali, conferenza Stato-Regioni).

Pur tenendo conto delle diverse percezioni, si ritiene indiscutibile il fatto che in questa fase storica molti provvedimenti o proposte di provvedimenti relativi al settore rispondono più alla filosofia del try and adjust che non ad una conoscenza approfondita delle complesse relazioni che governano la realtà della sanità. Sono politiche che, spesso, non tengono conto della realtà e propongono soluzioni astratte e l'applicazione di modelli senza alcuna valutazione preventiva di fattibilità.

Venendo ora al tema specifico si può osservare che il consenso politico:

Intervento al Convegno «L'autonomia manageriale per la sanità pubblica in crisi», Università Bocconi, Milano, 30 settembre 2002.

1) è essenziale non solo per assumere politiche di tutela della salute che siano efficaci, ma anche per sostenere scelte manageriali finalizzate a migliorare i livelli di efficienza e di economicità;

2) agisce sul sistema in modi e secondo relazioni assai diverse.

In particolare sembra opportuno sottolineare che vi sono due prevalenti logiche di comportamento:

a) la prima, secondo la quale la capacità di conseguire un elevato e stabile consenso politico, con strumenti diversi, è condizione per prendere decisioni rapide e precise (logica della governabilità o di government);

b) la seconda, in base alla quale il consenso politico può essere l'effetto, il risultato di corrette decisioni in campo sanitario, ossia di decisioni idonee a dare soluzioni reali ai problemi di salute di un elevato e sempre crescente numero di persone.

La prima logica di comportamento privilegia la capacità di acquisire consenso sul piano politico come condizione-prerequisito per poter adottare politiche sanitarie efficaci, anche quando queste richiedono rigore e quindi non sono popolari, come nel caso di taglio delle spese, riorganizzazione della rete ospedaliera con riduzione dei posti letto, imposizione di ticket. Si presuppone una relazione, tutta da dimostrare ed anzi in alcuni casi dimostratasi non vera, secondo cui un elevato consenso politico favorisce una stabilità degli organi di Governo (compresi quelli della sanità) che a sua volta consente un più elevato livello di razionalità delle decisioni e della loro attuazione.

La seconda logica invece privilegia la seguente correlazione: una approfondita conoscenza del sistema sanitario e delle complesse relazioni tra medico e paziente, aspetti scientifici-relazionali-di comportamento, spinte al cambiamento e resistenza a difesa

di posizioni di privilegio, consente l'adozione di politiche e di modalità applicative realistiche e fattibili, migliora la qualità dell'assistenza, contribuisce ad aumentare il consenso. Si tratta di quella che oggi viene definita come logica di governance, ossia sistema di regole e di comportamenti che concorrono a tener conto in modo equilibrato di interessi vari e tra loro differenziati.

Questa seconda impostazione mette in evidenza che il consenso politico, per essere reale e per poter dare un contributo efficace, deve essere tale da rispettare una reale e forte autonomia aziendale. Essa si basa sul riconoscimento del fatto che la soluzione dei problemi di tutela della salute dipende dalla applicazione di specifiche conoscenze, competenze e abilità e cioè legata alla razionalità che:

1) deve essere contemporanea-mente di tipo tecnico, organizzativo, economico;

2) non è mai assoluta ed oggettiva, ma è sempre limitata e condizionata da fattori soggettivi, quindi è fortemente influenzata dalla qualità delle persone che con le proprie scelte possono modificare le tendenze strutturali;

3) dipende da regole e da vincoli esterni alla singola unità (azienda territoriale, azienda ospedaliera): se lo Stato, la Regione, i portatori di altri interessi (ad esempio i gruppi professionali o le società scientifiche, i movimenti di tutela dei malati, i fornitori ed altri) impongono regole e vincoli eccessivamente rigidi o tra loro incongruenti, si determina la perdita di autonomia aziendale (ossia le scelte interne non influenzano i risultati dell'azienda) e possono addirittura mettere a rischio la sua sopravvivenza.

Il mancato rispetto delle condizioni di autonomia di un'azienda significa che le decisioni di soggetti esterni cancellano o riducono a livelli molto

bassi e insignificanti la discrezionalità delle scelte degli organi interni. Riduzione o annullamento dell'autonomia aziendale significa inevitabilmente riduzione o annullamento dell'autonomia della dirigenza con il ritorno dei burocrati o il predominio dei tecnocrati chiamati ad applicare le regole definite esternamente e decisioni prese da altri. Riduzione dell'autonomia aziendale significa anche riduzione dell'autonomia professionale di medici e di altre figure sanitarie e annullamento dell'autonomia di scelta dei pazienti stessi.

La domanda che a questo punto ci si può porre è la seguente: sono in atto oggi tendenze che determinano una riduzione dell'autonomia delle aziende sanitarie? La risposta è affermativa in quanto si nota:

a) un ritorno alla forte centralità dell'attenzione sull'equilibrio macroeconomico di sistema: di conseguenza, partendo da un certo livello di equilibrio considerato come dato non modificabile (variabile indipendente perché, ad esempio, imposto dal patto di stabilità per l'Europa) si impone un rigido vincolo di bilancio alle aziende che non tiene conto delle differenti condizioni operative ed economiche;

b) un ritorno alla centralità dei singoli processi (rilancio della centralità dell'autonomia professionale del medico, delle relazioni medico-paziente, della umanizzazione delle prestazioni): si tratta di principi in sé validi e condivisibili che spesso, però, sono sostenuti negando l'esigenza che essi siano perseguiti all'interno di «regole aziendali» che consentono di applicarli in modo equilibrato in tutti i settori nei quali opera l'azienda sanitaria;

c) un ritorno alla centralità del confronto su aspetti di composizione e di funzionamento degli organi di vertice con un ridimensionamento dell'attenzione sui principi, i criteri e gli

strumenti di management: si ritiene che «chiarire le regole decisionali» sia più importante che «saper decidere correttamente e rispettando le regole» come invece crede chi scrive.

Se oggi la cultura di management, il ruolo e la funzione dei manager è rimessa in discussione, ed anzi in alcuni casi è addirittura considerata una delle concause delle difficoltà del sistema (eccessiva enfasi sugli aspetti di efficienza, sul contenimento dei costi e sull'equilibrio di bilancio con una sottovalutazione degli aspetti di efficacia e qualità dei servizi), è indubbio che le prospettive future di rilancio e consolidamento della cultura di management sono correlate alla capacità di trovare soluzioni equilibrate tra elementi che ad una prima analisi appaiono contraddittori.

1) Rapporto tra attese della popolazione di poter avere risposte a problemi sempre più complessi e di qualità superiore (aumentate anche dal progresso scientifico e tecnologico) e risorse economiche che saranno sempre più limitate, almeno in termini relativi. In effetti le risorse potranno anche aumentare, seppure di poco, mentre aumenterà il livello di produttività delle strutture di offerta (a seguito dell'apporto delle nuove conoscenze e delle nuove tecnologie), ma le risorse economiche saranno (o sembreranno) sempre più scarse rispetto a tali attese.

2) Rapporto tra diritti riconosciuti dalla legge (ad esempio livelli essenziali di assistenza, libertà di scelta del paziente, autonomia professionale, autonomia alle Regioni nelle politiche sanitarie) e responsabilità nell'assumere comportamenti che rendano compatibili diritti diversi. Ad esempio l'eventuale riconoscimento di diritti all'assistenza da parte dei cittadini dovrà essere correlata ad una responsabilizzazione nella eliminazione di consumi impropri di servizi sanita-

ri. Allo stesso modo, il riconoscimento dell'autonomia ai professionisti di svolgere attività professionale intra ed extramuraria dovrà trovare modalità tali da responsabilizzare i medici e gli altri professionisti sui programmi delle aziende pubbliche, sugli obiettivi di servizi concordati, su una migliore utilizzazione delle strutture di offerta pubbliche, ecc. Il diritto delle Regioni di decidere livelli di assistenza diversi e maggiori rispetto a quelli essenziali indicati dallo Stato, dovrà essere correlato alla loro responsabilizzazione nell'attuare provvedimenti di razionalizzazione della rete di offerta o alla responsabilità nella raccolta di risorse aggiuntive.

3) Rapporto tra efficienza ed economicità da un lato ed efficacia-qualità dell'assistenza dall'altro. È indubbio che nel futuro aumenteranno le pressioni per la ricerca di più elevati livelli di produttività e di efficienza economica (riduzione dei costi dell'assistenza) e per il più rigoroso rispetto dei vincoli di equilibrio economico delle aziende sanitarie pubbliche. La legittimazione dei manager rimarrà elevata solo se essi sapranno rispondere in termini innovativi a tali pressioni senza ridurre la qualità della risposta data ai bisogni di salute che, come si è detto, sono crescenti.

4) Rapporto tra risposta di tipo tecnico-scientifico e risposta di tipo relazionale. Ai manager sarà richiesto non solo di garantire condizioni e modelli organizzativi idonei a consentire alti standard di risposta sul piano tecnico, ma anche la possibilità per i professionisti di mantenere e di migliorare il contenuto «relazionale» dei servizi. Come noto, infatti, nei servizi alla persona le relazioni sono parte essenziale della risposta e non possono essere considerate semplicemente come uno dei peripheral (degli elementi aggiuntivi) che aumentano il valore sul piano del marketing.

5) Rapporto tra razionalità e consenso. Se infatti è necessario che nella gestione dei servizi di tutela della salute siano immesse forti dosi di razionalità nei processi operativi, organizzativi, economici e strategici, è altrettanto vero che nessuna scelta può essere imposta in mancanza di un alto livello di consenso. Per cambiare in meglio il sistema sanitario, per poterlo migliorare, è necessario promuovere il cambiamento dei comportamenti di molte persone, di molti gruppi di persone tra loro assai differenti e ciò non è possibile senza la creazione di un clima positivo di consenso che non è solo compito e responsabilità del politico (come a volte si crede erroneamente), ma è anche il risultato di decisioni manageriali equilibrate, motivate e presentate in termini adeguati ai diversi gruppi interessati.

6) Rapporto tra prospettive di breve e prospettive di lungo periodo. La natura dei problemi è tale da porre continuamente l'alternativa tra obiettivi e risultati di breve e di lungo periodo. Se si destinano le risorse prevalentemente all'assistenza rispetto alla ricerca in campo sanitario, si possono migliorare le performance qualitative di breve periodo, ma si riduce la capacità di prepararsi al futuro. Se si concentrano le risorse su certi servizi che generano un elevato consenso nel breve periodo, si può perdere la capacità di mantenere tale consenso nel lungo periodo. Se si attuano azioni per raggiungere l'equilibrio economico di breve periodo che trascurano adeguati investimenti per manutenzioni, acquisto di nuove attrezzature ed altro, si possono creare condizioni per squilibri di lungo periodo. Il manager è colui che sa che l'autonomia dell'azienda consiste nel garantire la sua capacità di perdurare nel tempo, ma sa anche che tale condizione non può realizzarsi se non si è in grado di raggiungere l'equilibrio nel

breve periodo. Appare sempre più chiaro che in una realtà in rapido e strutturale cambiamento, le strategie di lungo periodo consistono in una successione di equilibri di breve periodo.

7) *Rapporto tra capacità di gestire le urgenze e di garantire il normale funzionamento quotidiano. Si tratta di due caratteristiche intrinseche del sistema di offerta sanitaria. La gestione tipica, quella che la dottrina aziendale definisce «gestione caratteristica», è fatta di risposte a problemi di salute urgenti, improvvisi e spesso drammatici cui occorre dare risposte immediate, spesso in pochi minuti o in poche ore, e dalla capacità di garantire una continuità di servizio (24 ore al giorno e per tutti i giorni dell'anno). Questa logica dei processi medico-assistenziali di base si estende sempre più alla sfera organizzativa. Infatti, i manager devono essere in grado di affrontare problemi di urgenza, tagli della spesa sanitaria imposti dalla legge finanziaria, del patto di stabilità, o da altri motivi con il mantenimento delle condizioni di continuità dei servizi: tagliare, razionalizzare le spese, inserendo però tali interventi all'interno di trend di lungo periodo. Altre volte, poi, i manager devono gestire problemi di urgenza di segno opposto: ad esempio come gestire improvvisi e ingenti disponibilità di risorse (ad esempio quelle per l'AIDS o finalizzate a progetti di ricerca particolari) evitando però sprechi e inefficienze che spesso si manifestano in queste situazioni.*

8) *Recupero di un corretto rapporto tra collegamento con il mondo reale e rappresentazioni distorte della realtà. La salute è fenomeno strutturalmente collegato a intensi fattori emotivi da un lato ed a forti interessi dall'altro. Fenomeni emotivi di carattere individuale (collegamento alla condizione di salute con la vita e la morte, con la*

sofferenza, ecc.) e di tipo collettivo (si pensi alle forti emozioni suscitate da fatti legati alla «malasanità», la morte evitabile, o a fatti di buona sanità, quali la prima volta di un trapianto, l'intervento che ha salvato la vita al personaggio «famoso» o al personaggio «simbolo», ecc.). Questo aspetto della emotività collettiva è del resto ben presente al mondo della comunicazione nel quale è diffuso il criterio delle 3 S come fattore di successo per attirare l'attenzione: soldi, sesso, sanità (o salute). Il manager deve riuscire ad affrontare i problemi reali, senza farsi distrarre o condizionare dalle rappresentazioni dei problemi che spesso sono distorte e strumentalizzate. Ad esempio, fenomeni quali tempi di attesa per certi accertamenti possono essere distorti se vengono presentati come fenomeno che causa rischi alla salute quando ciò non è vero, e possono portare a decisioni manageriali errate, come sono quelle di investimento per ridurre code e tempi di attesa che non migliorano la qualità dell'assistenza, sottraendo risorse a impieghi che invece migliorerebbero in modo significativo la qualità dell'assistenza. Quindi il manager deve essere in grado di decidere ed operare con grande visione strategica, ma con un grande senso di realismo e di concretezza, ossia restando sempre legato ai problemi così come essi sono e non come spesso sono rappresentati dai vari soggetti interessati che perseguono loro obiettivi particolari che, anche quando sono del tutto legittimi, mai possono coincidere completamente con quelli dell'azienda.

9) *Rapporto tra lavoro di équipe e responsabilità individuale. La tutela della salute è sempre più il risultato del contributo congiunto di diverse conoscenze, competenze, abilità e professionalità, quindi del lavoro in équipe. Lo è sempre stato per certe attività, esempio interventi chirurgici,*

ma sta diventando così anche per attività che tradizionalmente erano considerate tipiche attività individuali, ad esempio la diagnosi. Oggi corrette diagnosi sono il risultato non solo di un buon inquadramento anamnestico e diagnostico da parte del medico di medicina generale (sul territorio o in ospedale), ma anche dalla qualità degli accertamenti e della refertazione, dalla consulenza di vari specialisti data direttamente o, addirittura, a distanza (telediagnosi e teleconsulto). Ma ciò non deve far venire meno il fatto che le responsabilità, quelle cliniche come quelle manageriali, devono poi essere ricondotte a singole persone per evitare le situazioni di deresponsabilizzazione, debolezza di cui sembra sempre più soffrire la società moderna.

10) *Rapporto tra tecnologie e governo delle tecnologie. L'uso di strumenti o di metodiche nelle quali sono incorporate le conoscenze (tecnologie) rappresenta un grande aiuto anche nei processi di tutela della salute e ha consentito di fare decisivi salti di qualità. Tuttavia sono elementi proprio della tecnologia sia la spinta alla standardizzazione sia la spinta alla delega e deresponsabilizzazione. Ad esempio, spesso si delega la diagnosi a un insieme di parametri sanitari, magari interpretata dai cosiddetti «sistemi intelligenti e autoadattivi» (che aggiornano la loro capacità di interpretare i parametri sulla base dell'accumulo di dati relativi a numeri sempre più ampi di pazienti), ma spesso si delegano anche valutazioni (o scelte) organizzative ed economiche alla lettura acritica di dati quali costi unitari (minimi, medi o standard), di livelli di spesa, di indicatori di efficacia ed efficienza senza, ad esempio, preoccuparsi di verificare la omogeneità dei dati messi a confronto. Il manager governa le tecnologie, non delega la*

propria funzione e le proprie responsabilità alle tecnologie.

11) Rapporto tra capacità di progettazione, di formulare scenari e capacità di implementazione. L'autonomia aziendale richiede la capacità di prevedere fenomeni del futuro che, per definizione sono dominati dalla incertezza e richiedono la formulazione di scenari alternativi. Ma tale autonomia diventa reale solo in presenza di manager capaci di tradurre nel concreto le strategie, i progetti orientati al futuro e all'innovazione. Pensare al futuro e operare nel presente sulla base degli insegnamenti del passato è il principio che deve guidare l'azione di manager indipendenti, professionali e guidati da una solida etica e che si preoccupano di creare e difendere le condizioni di autonomia delle loro aziende, anche quando perseguono propri obiettivi di carriera professionale.

Certamente la compatibilità futura dell'autonomia aziendale e della funzione dirigente rispetto alle possibili

interferenze di una politica male intesa e male interpretata, di lobbies professionali, di gruppi di interesse, di pressioni esterne illecite, dipenderà dalla forza con cui si saprà diffondere e difendere la cultura d'azienda che, non ci si sforzerà mai a sufficienza di chiarirlo, è concetto diverso (e più ampio) della cultura d'impresa.

In questa azione sono necessarie varie condizioni tra le quali preme ricordare:

a) una solida attività di ricerca volta a costruire conoscenze e a verificare la bontà delle teorie nella realtà concreta;

b) una diffusa e sempre più puntuale attività di formazione rivolta ai dirigenti e agli operatori del settore in modo da diffondere logiche e strumenti manageriali;

c) una formazione di base rivolta ai giovani, in modo che essi non considerino l'impegno manageriale nel settore pubblico e nella sanità, come una soluzione di ripiego, ma come una precisa missione e vocazione di perso-

ne socialmente impegnate e socialmente responsabili;

d) l'impegno trasparente di tutti coloro che occupano posizioni manageriali in sanità.

Ai manager della sanità, come ai manager di altri settori, tocca decidere se vogliono:

a) esercitare il loro potere senza preoccuparsi di conoscere;

b) esercitare il potere, avendo conoscenze, ma senza preoccuparsi del consenso;

c) esercitare il loro potere sulla base di competenze professionali adeguate alla grande complessità dei problemi, ma preoccupandosi anche di suscitare e aggregare un ampio consenso attorno alle proprie scelte.

Deve essere però chiaro che solo accettando l'ultima alternativa essi potranno salvaguardare e rafforzare l'autonomia aziendale e il ruolo sociale di una professionalità nuova che si aggiunge a quella dei «professionisti della salute» e sostituisce quella dei burocrati pubblici.

Saggi e ricerche

Sezione 1^a

MECOSAN



click

Gentile abbonato,

la copia esatta di *MECOSAN* «cartaceo» è disponibile nel 2003 anche in «CD rom».

In questo modo Le è possibile, con un semplice click:

- ✓ visualizzare e consultare la rivista *MECOSAN* in formato pdf, mediante l'applicazione Acrobat Reader, «sfogliandola» come nel formato cartaceo;
- ✓ «navigare» nella rivista *MECOSAN* andando direttamente alle sezioni o agli articoli di maggior interesse;
- ✓ fare ricerche «per frase» nei testi di tutto il fascicolo.

La **SIPIS** Le offre il primo CD rom 2003 in supplemento al n. 45 di *MECOSAN* per consentirLe quale abbonato di *MECOSAN* di valutarne le potenzialità di approfondimento e di ricerca.

IL DIRETTORE EDITORIALE

***RINNOVI, PERTANTO,
SUBITO L'ABBONAMENTO
A MECOSAN 2003,
SE NON LO HA ANCORA FATTO***

STRUMENTI DI GOVERNO DEI GRUPPI DI AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE: QUALE MIX SCEGLIERE DAL TOOL BOX?

Francesco Longo

Economia delle aziende ed amministrazioni pubbliche - CeRGAS - SDA Bocconi

SOMMARIO: 1. Premessa - 2. Distinzione tra regolazione del servizio pubblico e governo del gruppo pubblico - 3. I gruppi di aziende - 4. Classificazione dei diversi tipi di gruppi e analisi dei loro fabbisogni organizzativi - 5. Gli strumenti di governo dei gruppi - 6. Correlazione tra natura dei gruppi e strumenti di governo - 7. Gli strumenti sostanziali - 8. Gli strumenti di indirizzo - 9. Gli strumenti di gestione del personale - 10. Gli strumenti di coordinamento e di gestione dei conflitti.

It is necessary to distinguish the boundaries between health sector, public health service and public health provider group. The public health service and the public health provider group have distinct institutional configurations and therefore need different governance and management tools. This article explores the different management tools used to govern regional provider groups. These management tools can be subdivided into three categories: bureaucratic, substantial and strategic. These last one assume an important role from a management perspective. They include tools for planning and for management control, for human resource management and for coordination and arbitrage within the group. The Regional provider group experience shows a certain tardiness in developing these tools and in defining the optimal mix of these.

1. Premessa

Il progressivo sviluppo del processo di decentramento delle prerogative di governo e delle responsabilità economico-finanziarie del Ssn a livello delle regioni (il cosiddetto «federalismo sanitario») sposta l'attenzione delle logiche e degli strumenti di governo dal livello centrale del sistema a quello regionale. Progressivamente risulteranno meno rilevanti le azioni e gli strumenti di governo nazionali a favore di quelli regionali, che dovranno guadagnare una loro centralità nell'indagine scientifica dell'economia e del *management* sanitario.

Le singole regioni sono chiamate a governare il servizio socio-sanitario regionale, ma contemporaneamente operano come capogruppo di un gruppo di aziende controllate di cui sono proprietarie oltre che committenti. Si rende necessario analizzare le possibili distinte connotazioni e configura-

zioni che il gruppo sanitario pubblico può assumere ed indagare i correlati strumenti di governo che ogni capogruppo può attivare.

La distinzione tra servizio socio-sanitario regionale e gruppo pubblico socio-sanitario richiede di analizzare gli strumenti di governo dei sistemi, in quanto distinti assetti istituzionale richiedono strumenti di governo differenziati, perché il loro impatto e la loro efficacia sono eterogenei, soprattutto se il differenziale nello scenario istituzionale è rappresentato dagli assetti proprietari. «La valutazione degli impatti (...) e la valutazione dell'economicità delle aziende pubbliche rimangono campi (...), sul piano dei concreti funzionamenti, affidati all'agire di meccanismi diversi, tra i quali, a quelli di assoluta rilevanza che derivano dal sistema politico-democratico, si affiancano ora una serie di forze e strumenti che trovano origine nei

rapporti con l'ambiente e i concreti risultati in esso ottenuti» (Del Vecchio, 2001, p. 122).

Oggetto del presente scritto sono gli strumenti di governo dei gruppi pubblici di proprietà, quindi direttamente controllati.

L'indice logico che abbiamo percorso è il seguente:

- a) distinzione tra regolazione del servizio pubblico e governo del gruppo pubblico;
- b) definizione del concetto di gruppo di aziende;
- c) classificazione dei diversi tipi di gruppi e analisi dei loro fabbisogni organizzativi e di governo;
- d) analisi degli strumenti di governo dei gruppi disponibili;
- e) riflessione sul *mix* più opportuno di strumenti da attivare alla luce della natura del gruppo sanitario regionale.

2. Distinzione tra regolazione del servizio pubblico e governo del gruppo pubblico

Intendiamo per settore sanitario regionale il complesso degli istituti che operano a favore della tutela della salute in un determinato territorio, indipendentemente dal loro meccanismo di finanziamento (pubblico o privato), dal loro assetto proprietario e dal meccanismo di regolazione in cui sono inseriti.

Per servizio pubblico regionale intendiamo il complessivo sistema sanitario finanziato e garantito da risorse pubbliche, regolato istituzionalmente nei suoi meccanismi di accesso e di fruizione, composto da produttori pubblici direttamente afferenti alla regione, da altri produttori pubblici, afferenti allo Stato o agli enti locali (si pensi a molte strutture socio-sanitarie) e da produttori privati di norma accreditati dallo stesso servizio pubblico.

Intendiamo per gruppo sanitario regionale pubblico (d'ora in avanti gruppo pubblico) l'insieme delle aziende di proprietà della regione, che rappresenta una parte del sistema dei produttori che compongono il servizio regionale.

Il concetto di proprietà non è sempre giuridicamente chiaro e definito nei sistemi pubblici, ma questa si manifesta da un punto di vista sostanziale laddove un soggetto istituzionale sia in grado di esercitare le fondamentali prerogative di governo e sia responsabile, in ultima istanza, dell'equilibrio economico-finanziario di medio-lungo periodo delle aziende controllate. La regione esercita tutte le fondamentali prerogative di governo sulle aziende sanitarie pubbliche del proprio territorio (in particolare Ausl e ospedali azienda), quindi, dal punto di vista economico ne costituisce la proprietà. Essa infatti decide i conferimenti patrimoniali, le politiche di immobiliz-

zazione infrastrutturale e finanziaria (investimenti, dismissioni, ammortamenti) che determinano la dinamica dello stato patrimoniale, nomina il *management*, garantisce l'equilibrio economico-finanziario di medio-lungo periodo, intervenendo, quando necessario, con ripiani *ex post*, indirizza le politiche, le strategie e, spesso, anche la gestione di queste aziende.

La distinzione tra settore, servizio e gruppo sanitario regionale è rilevante al fine di connotare le diverse finalità di questi diversi livelli logici del sistema di tutela della salute, a cui corrispondono distinte finalità e prerogative di governo da parte della regione.

Nel governo del settore la focalizzazione regionale deve mirare all'equilibrio complessivo di sistema ed in particolare alla regolazione di quella parte del sistema, priva di finanziamento pubblico, in cui si opera in regime di scambi tipici di mercato. In questo caso la regolazione pubblica deve promuovere:

— la tutela di soddisfacenti livelli di efficacia ed appropriatezza da parte dei produttori operanti sul mercato sanitario privato;

— la minimizzazione del pericolo di abuso dell'asimmetria informativa di cui dispongono i produttori;

— l'equilibrio delle tariffe adottate;

— monitorare i volumi di offerta, per evitare rischi connessi ad un eccesso di offerta disponibile, la quale potrebbe strutturalmente indurre domanda inappropriata;

— la nascita di eventuali mutue o assicurazioni integrative che garantiscano la redistribuzione del rischio assicurativo per le prestazioni non garantite dal Ssn.

Nel governo del settore le parole chiave potrebbero essere individuate in: *regolazione* (del mercato e della competizione), *autorizzazione* (per verificare *standard* tecnico-scientifici ed infrastrutturali e i volumi di offerta

disponibili sul mercato), *ridistribuzione di rischi assicurativi* (qualora la regione attivi istituti o agenzie idonee a questo scopo).

Nel governo del servizio pubblico, caratterizzato dal finanziamento pubblico, per garantire l'equità e l'appropriatezza nell'accesso e nei consumi sanitari, il *focus* dell'azione di governo dovrebbe essere la ricerca della massimizzazione del beneficio sociale ottenibile dalle risorse date, che dovrebbero essere allocate in modo da garantire efficacia, efficienza, rispetto alle priorità sociali e all'equità. Le parole chiave nel governo del servizio potrebbero essere: *programmazione* (delle dotazioni infrastrutturali e delle unità d'offerta e dei *case mix* e dei volumi di consumi sanitari) *committenza* (negoiazione, finanziamento e controllo dei consumi programmati).

Infine, nel governo del gruppo pubblico, cioè dell'insieme delle aziende di diretta «proprietà» regionale, il *focus* dell'azione di controllo dovrebbe essere, oltre al rispetto degli stessi indirizzi di governo del servizio pubblico, la ricerca della valorizzazione dei patrimoni aziendali, l'efficienza, la trasparenza e la correttezza gestionale. Le parole chiave del governo del gruppo potrebbero essere: *indirizzo* (della gestione), *controllo* (delle *performance* delle proprie aziende).

La distinzione tra servizio pubblico e gruppo pubblico è rilevante per meglio analizzare il concetto di equa competizione tra produttori pubblici e privati. Infatti, la capogruppo regionale nel caso del gruppo pubblico, oltre a costituire il regolatore ed il committente delle aziende, come avviene per i produttori privati accreditati, ne è anche la proprietaria. Pertanto dispone di prerogative di governo e di responsabilità ben diverse di quanto non disponga nei confronti di soggetti terzi, comunque facenti parte del servizio pubblico. Gli strumenti che la

capogruppo adotta per il governo delle proprie aziende non possono coincidere con gli strumenti per il governo delle aziende private accreditate, di proprietà di altri soggetti. Gli strumenti di controllo del gruppo pubblico per alcuni aspetti saranno più pervasivi (perché basati su prerogative di governo tipiche dei proprietari), per altri saranno più leggeri (in quanto il controllo dei comportamenti è in parte garantito dagli strumenti proprietari, in parte dall'appartenenza ad uno stesso gruppo, ad uno stesso soggetto istituzionale e, verosimilmente, ad una stessa cultura e visione aziendale, seppur di gruppo). Gli strumenti di governo regionali sui produttori privati accreditati saranno, viceversa, più stringenti su alcuni ambiti (quelli negoziabili e verificabili in relazioni interaziendali o interistituzionali) e assenti in altri, in quanto prerogative autonome del distinto soggetto proprietario.

Questa distinta configurazione degli strumenti di governo è fisiologica in ogni gruppo di aziende: le relazioni tra controllate si basano su strumenti di negoziazione e controllo diversi rispetto a quelli che si possono attivare con il mercato dei fornitori o dei clienti esterni.

La diversità degli strumenti di relazione e governo della regione dei confronti delle aziende del proprio gruppo e quelle ad esse esterne ma inserite nel servizio regionale non impedisce di costruire una competizione leale. Essa è però garantita non dalla uniformità degli strumenti di relazione, ma dalla correttezza del gioco competitivo il quale, comunque, non costituisce un fine, ma solo uno strumento per migliorare le *performance* del servizio.

3. I gruppi di aziende

La letteratura mostra una certa convergenza a definire il gruppo come un

sistema di aziende caratterizzate da due elementi distintivi:

— autonomia giuridica delle controllate, che costituiscono delle aziende indipendenti;

— esercizio di prerogative di governo da parte dell'azienda capogruppo esercitate più o meno intensamente.

Si ha un gruppo «quando più combinazioni economiche di produzione o composte pertinenti a soggetti giuridici diversi sono istituite e rette per un unitario soggetto economico» (Masini, 1979, p. 567). Per costituire un gruppo non è sufficiente un legame giuridico o di proprietà, ma è necessario che il soggetto economico unitario eserciti attivamente un ruolo di guida e di coordinamento delle aziende componenti il gruppo. Le aziende controllate del gruppo hanno autonomia economica in relazione a quanto viene loro concesso dal soggetto economico che le controlla (Onida, 1960). Questo ruolo può essere esercitato con interventi diretti, grazie all'autorità che discende dal legame giuridico di proprietà, o tramite interventi indiretti, attraverso la gestione del sistema delle informazioni, la regolazione dei rapporti tra i membri e attraverso il governo di variabili critiche (1). I confini del gruppo sono quindi definiti dalla presenza di una «entità sistemica sovraordinata alle singole unità giuridiche ad essa facenti capo, dotata di capacità di coordinamento, capacità espressa attraverso la formulazione di sistemi articolati di obiettivi e programmi e la predisposizione di sistemi di misurazione dei risultati» (Beretta, 1990, p. 8).

La definizione stessa di gruppo palese come essi siano strutturalmente chiamati a regolare la dialettica tra la ricerca di autonomia delle controllate nei confronti della capogruppo e la tendenza al governo di quest'ultima. Un completo esautoramento dell'au-

tonomia delle controllate trasforma il gruppo in una grande azienda indivisa, mentre un sostanziale indebolimento delle prerogative di governo esercitate dalla capogruppo trasforma il gruppo in un semplice insieme di aziende indipendenti.

Il modello concettuale dei gruppi appare particolarmente adatto nel descrivere il caso dei sistemi sanitari regionali pubblici. Essi rappresentano un tipico esempio di gruppo: infatti, le singole aziende sanitarie controllate sono dotate di un'autonomia giuridica e gestionale, ma la capogruppo regionale esercita chiaramente molte prerogative di governo. Inoltre, i gruppi sanitari regionali pubblici sono caratterizzati dalla costante ricerca di un equilibrio dialettico tra il potere esercitato dall'azienda sovraordinata e l'autonomia delle controllate. Questo equilibrio non è determinato in modo esaustivo ed è dinamicamente mutevole, alla luce dei fabbisogni del gruppo, degli stili direzionali e delle spinte di potere. Il punto di equilibrio tra prerogative della capogruppo e autonomia delle controllate influenza significativamente l'architettura organizzativa del gruppo, ma può essersi determinato in modo consapevole, o presentarsi incoerente allo scenario ambientale e strategico.

Gli obiettivi di genesi di un gruppo sono molteplici, con istanze in parte contraddittorie tra loro. Dagli obiettivi deriva la progettazione della struttura del gruppo: per poter definire strategie, strutture e sistemi operativi efficaci e coerenti risulta pertanto decisivo stabilire la gerarchia o il *mix* degli obiettivi. Essendo i gruppi entità complesse, la cui struttura si è stratificata negli anni, la definizione degli obiettivi è spesso frutto di un processo storico che si è protratto nel tempo. Nel *mix* gli elementi pianificati si mischiano con tradizioni consolidate, con strutture codificate e posizionamenti

strategici non sempre immediatamente modificabili.

Analizzando le determinanti che portano alla costituzione di gruppi aziendali è significativo distinguere tra i motivi che spingono ad allargare le aggregazioni di combinazioni economiche e l'individuazione della forma di gruppo come scelta macro-strutturale per gestire queste combinazioni (in alternativa all'azienda multidivisionale).

Rispetto alla scelta macro-strutturale, un'utile ipotesi interpretativa è rintracciabile nella teoria dei costi transazionali. Secondo tale impostazione teorica, le istituzioni economiche hanno come obiettivo principale la riduzione dei costi transazionali (Coase, 1937; Nacamulli e Rugiadini, 1985; Williamson e Winter, 1993), ovvero i costi che le parti sostengono negli scambi di mercato: costi di indagine, di negoziazione, di assicurazione, di controllo, di conflitto, ecc.

Secondo la teoria dei costi transazionali, il mercato rappresenta la soluzione più efficiente per regolare gli scambi tanto più ci si avvicina alla situazione ideale prospettata dalla microeconomia classica. Gli scambi di mercato hanno due caratteristiche importanti: a) permettono una grande adattabilità ai cambiamenti ambientali; b) determinano incentivi importanti agli istituti economici. Al contrario, la gerarchia rappresenta la soluzione più efficiente quando gli scambi sono particolarmente complessi e determinano alti costi transazionali. La gerarchia può garantire alcuni vantaggi significativi: a) permette la costruzione di risposte efficaci quando queste devono essere costruite congiuntamente da più attori; b) riduce notevolmente il rischio di comportamenti opportunistici grazie alla presenza di un vertice sovraordinato.

Esistono però forme di governo ibride tra la gerarchia e il mercato in

grado di coniugare, all'interno di determinati scenari, gli elementi positivi delle due soluzioni estreme. Esse hanno caratteristiche intermedie sia per quanto riguarda l'adattabilità ai cambiamenti esterni e gli incentivi per gli istituti economici, sia per quanto riguarda il coordinamento dell'azione e il controllo dei comportamenti opportunistici. Inoltre, esse hanno un potere incentivante nei confronti delle aziende inferiore al mercato, ma una superiore capacità di controllo degli opportunisti e al tempo stesso un potere incentivante superiore alla gerarchia, ma una minore possibilità di costruire un adattamento coordinato.

«Le forme di governo ibride coincidono sostanzialmente con i vari tipi di aggregati interaziendali, che si posizionano a metà strada tra l'impresa giuridicamente unitaria e le relazioni di mercato che avvengono tra due contraenti anonimi. Esse sono quindi rappresentate da numerosi tipi di aggregati aziendali aventi caratteristiche e modalità di funzionamento differenti sia dal mercato, sia dalla gerarchia (...). Possono avvicinarsi in maggiore o minore misura a una delle due forme pure di governo» (Zattoni, 2000, p. 104).

Analizziamo ora le determinanti che favoriscono l'aggregazione di combinazioni economiche in forma di gruppo di aziende. Le motivazioni che possono spiegare la nascita e la diffusione di gruppi aziendali sono numerose ed alquanto eterogenee tra loro, pertanto non è possibile ricondurle tutte ad una unica macrovariabile. Nelle caratteristiche strutturali del gruppo di aziende possiamo identificare almeno i seguenti fattori determinanti per la genesi:

— la ricerca di un meccanismo di sostegno finanziario e accelerazione dei processi di sviluppo dimensionale;

— la possibilità di elusione di vincoli normativi e fiscali;

— il fabbisogno di una soluzione macrostrutturale dotata di rilevanti livelli di flessibilità, che permetta di focalizzare una parte del sistema aziendale conglomerato su situazioni critiche e specifiche, favorendo l'adattabilità ai diversi contesti ambientali, per attivare intensi e continui processi di apprendimento;

— l'occasione di scorporare alcuni servizi centrali al fine di stimolare lo sviluppo di capacità imprenditoriali;

— una modalità per realizzare *joint ventures*, limitando i collegamenti alle sole aziende direttamente coinvolte (Beretta, 1990, p. 11-27, 58-62) (2).

Per le aziende composte pubbliche possono essere individuate ulteriori determinanti per la costituzione in gruppo:

— la ricerca di un meccanismo per ricondurre a maggiore unitarietà, uniformità ed equità i consumi pubblici gestiti da aziende locali;

— il bisogno di uno strumento per raccordare la filiera democratico-istituzionale tra la rappresentanza politica centrale e le rappresentanze locali;

— la costruzione di una struttura per introdurre situazioni competitive di quasi-mercato.

Nel caso dei gruppi sanitari regionali le determinanti alla loro genesi sono probabilmente rintracciabili nei seguenti elementi:

— la ricerca di un equilibrio tra autonomia delle aziende controllate e prerogative di governo esercitate dalla capogruppo regione;

— la volontà di introdurre situazioni competitive di quasi mercato;

— la decisione di diffondere un paradigma economico che sapesse rileggere i sistemi pubblici come insiemi di aziende.

Il gruppo costituisce una soluzione macrostrutturale complessa perché cerca di mantenere in equilibrio due istanze apparentemente contraddittorie tra loro: il coordinamento gerarchi-

co e l'autonomia della periferia. Trovare il punto di equilibrio tra autonomia e coordinamento nel settore pubblico è ancora più complesso che nel settore privato, in quanto:

— l'autonomia dell'azienda controllata è sostenuta dagli enti territoriali del suo bacino geografico di riferimento, in nome delle legittime istanze di autogoverno e rappresentatività democratica locale; mentre l'accentramento è sostenuto in nome della difesa di interessi generali superiori: i due tensori sono di natura socio-politica e non solo organizzativa e possono generare un livello di conflitto molto alto (3);

— i dirigenti delle aziende periferiche temono un processo di eccessiva responsabilizzazione e spesso sono complici dello spostamento o del mantenimento del baricentro a favore dell'azienda sovraordinata: non vi è quindi una «reale» competizione organizzativa tra centro e periferia, spesso entrambi i versanti manageriali spingono nella tradizionale direzione dell'accentramento;

— gli equilibri raggiunti tra prerogative della capogruppo e autonomia delle controllate può differire in uno stesso gruppo nel confronto tra la sfera politica e quella manageriale.

La difficoltà nella ricerca dell'equilibrio tra coordinamento e autonomia va però tranquillamente accettata, perché questa doppia tensione costituisce essa stessa la ragione della scelta della forma di gruppo. Gestire questa ambivalenza è l'essenza della gestione dei gruppi. Siccome questa ambivalenza è strutturalmente inevitabile nel contesto pubblico (fronteggiandosi istanze di uniformità ed equità da un lato e istanze di autonomie dall'altra), la struttura e la logica di gruppo sembrano particolarmente efficaci per governare i sistemi e i sottosistemi pubblici.

L'errore da non commettere è la ricerca dell'equilibrio perfetto e duratu-

ro accompagnato da assenza di tensioni e conflitti, perché il punto di sintesi tra coordinamento e autonomia è fisiologicamente dinamico e la sua collocazione va costantemente cercata e ridefinita. Allo stesso modo il conflitto è una componente intrinseca nelle strutture organizzative che rispondono a due tensori contrastanti: non può e non deve essere eliminata, perché questo sarebbe il sintomo del collasso su una sola dimensione. Il conflitto va pertanto accettato come elemento permanente ed utilizzato come oggetto d'analisi per capire le reali esigenze delle singole componenti del gruppo e per individuare il prossimo punto soddisfacente d'equilibrio.

4. Classificazione dei diversi tipi di gruppi e analisi dei loro fabbisogni organizzativi

I gruppi aziendali hanno finalità diverse, dinamiche nel tempo, che influenzano significativamente le strategie, le strutture organizzative, le configurazioni giuridiche e i sistemi operativi dei gruppi stessi. La natura stessa del gruppo determina specifici fabbisogni organizzativi e implica pertanto il bisogno di definire assetti coerenti alle sue caratteristiche e individuare strumenti idonei per il suo governo.

I gruppi di aziende possono essere classificati rispetto a variabili diverse, che generano distinte tassonomie. Essi possono essere classificati:

— rispetto ai mercati, cioè alla suddivisione dei compiti e delle competenze tra le aziende;

— rispetto al ruolo dell'azienda sovraordinata;

— rispetto alla dinamica strategica in corso.

Con riferimento ai mercati, i gruppi possono essere classificati in tre macro categorie:

— *gruppi orizzontali*, che tendono ad integrarsi su uno stesso mercato di riferimento;

— *gruppi verticali*, che tendono ad integrarsi rispetto al processo produttivo;

— *gruppi diversificati*, che tendono ad occupare distinte aree di attività (Beretta, 1990, p. 30-39).

Con riferimento al ruolo dell'organo di comando sull'attività delle consociate, i gruppi possono essere classificati in 4 classi:

— *gruppi patrimoniali*, in cui prevale una focalizzazione della funzione di governo nella definizione del portafoglio di partecipazioni;

— *gruppi finanziari*, in cui prevale una focalizzazione, oltre a quella patrimoniale, sulla allocazione delle risorse tra le controllate, cercando di definire una distribuzione che massimizzi il tasso di economicità complessiva del gruppo;

— *gruppi industriali*, in cui la penetrazione della capogruppo sulle consociate si intensifica fino ad arrivare a definirne le aree di attività, cioè le loro strategie;

— *gruppi imprenditoriali*, in cui la capogruppo gestisce unitariamente l'insieme delle aziende (determinando dalle strategie agli strumenti di gestione, fino alla formazione e alle carriere dei dirigenti), considerando il gruppo come un unicum, quindi, come una sostanziale scelta macrostrutturale di governo integrato di un sistema complesso di combinazioni economiche.

Con riferimento alle dinamiche strategiche passate e future il gruppo può essere:

— *un gruppo che nasce da una fusione*, per il quale risulta maggiormente importante rispettare le singole identità aziendali;

— *un gruppo che è frutto di uno scorporo*, per il quale la tendenza naturale è di rafforzare i legami tra capogruppo e controllate.

Tanto più le aziende conglomerate sono dissimili, e si muovono lungo traiettorie diversificate, tanto più importante risulta affidare loro ampi livelli di autonomia, e viceversa. Più è stata veloce la costituzione del gruppo e dinamico il contesto competitivo, maggiore indipendenza deve essere lasciata alle aziende del gruppo, per evitare che le naturali viscosità transazionali all'interno del gruppo determinino una dinamica più lenta dell'azione della conglomerata rispetto all'ambiente esterno.

I gruppi pubblici possono essere inoltre classificati in base alla finalità del gruppo.

a) *Gruppo per il raccordo della filiera istituzionale*

Sono gruppi che nascono per offrire una soluzione macrostrutturale al dialogo interistituzionale di tipo verticale, cercando di contemperare le spinte centrifughe all'autonomia con la dimensione gerarchica propria della filiera istituzionale (es. la Regione che vede il suo ruolo come capogruppo nei confronti dei Comuni).

b) *Gruppo per lo scorporo di macroaziende pubbliche*

Sono gruppi che nascono con l'intento esplicito di scorporare in unità decentrate, tipicamente su base territoriale, macroaggregati aziendali che necessitano comunque di un coordinamento unitario di tipo orizzontale. In questo caso il gruppo è uno strumento efficiente di collaborazione e integrazione tra aziende (es. il Gruppo Anas con le aziende regionali o il Gruppo Provveditorato agli studi con le aziende scuole locali).

c) *Gruppo di focalizzazione e specializzazione*

Sono gruppi nati dallo scorporo di aziende pubbliche in aziende specializzate, ma che necessitano di un coordinamento, perché afferiscono ad una responsabilità politica o a un territorio unico (ad esempio il gruppo comunale di una municipalità di grandi dimensioni).

d) *Gruppo di quasi mercato*

La struttura di gruppo viene assunta perché riesce a generare una configurazione organizzativa nel sottosistema tale da simulare la logica competitiva di mercato, ad esempio attraverso un uso finalizzato in questo senso dei prezzi di trasferimento di gruppo (in questa tipologia si collocano i gruppi sanitari regionali, nati per stimolare elementi di competizione ed autonomia aziendale delle singole aziende sanitarie pubbliche).

In base alla natura delle attività svolte i diversi gruppi pubblici possono essere di tipo (Longo, 2001, p. 66):

— *orizzontale*: svolge attività omogenee in territori/mercati distinti; di norma, il gruppo nato come scorporo macroaziendale e il gruppo di quasi mercato;

— *verticale*: svolge attività distinte per fase del processo su stessi mercati/prodotti; di norma, il gruppo di raccordo della filiera istituzionale, talvolta parte del gruppo nato come specializzazione e focalizzazione (se questa è di processo intermedio);

— *diversificati*: svolge attività diverse; di norma il gruppo nato come strumento di focalizzazione e specializzazione, talvolta anche all'interno dei gruppi di quasi mercato.

Possiamo inoltre distinguere in tre categorie il ruolo che può esercitare la capogruppo del sistema o sottosistema pubblico:

a) *Capogruppo di governo*

In questo caso la capogruppo ha un ruolo forte, preminente: definisce strategie di gruppo e strategie per le controllate, cui viene lasciata solo autonomia di tipo gestionale. Il flusso decisionale avviene prevalentemente *top-down*.

b) *Capogruppo di integrazione*

Il settore necessita ampi spazi di imprenditorialità da parte delle aziende, ma deve garantire anche rilevanti livelli di uniformità ed equità o di coordinamento. È pertanto impossibile definire una focalizzazione prevalente del gruppo. Capogruppo e controllate devono essere preoccupate costantemente di ricercare il necessario punto di equilibrio. Le decisioni strategiche sono frutto di un percorso negoziale tra soggetti dotati di pari autorità, in modo condiviso e concertato. Il flusso decisionale è pertanto di tipo sincretico.

c) *Capogruppo di coordinamento*

Il *focus* è spostato sull'autonomia delle aziende. La capogruppo funge da catalizzatore di processi di coordinamento, operando come consulente che mostra le occasioni sinergiche e le possibilità per ottenere economie di gruppo a vantaggio delle singole aziende. Le scelte strategiche sono adottate dalle singole aziende. La capogruppo si premura di mostrare possibili giochi collaborativi a somma positiva. Il flusso decisionale è di tipo *bottom-up*.

È importante sviluppare distinte categorie di analisi per i diversi gruppi sanitari regionali, per comprenderne le caratteristiche fondamentali e, quindi, i correlati fabbisogni organizzativi.

Il gruppo sanitario regionale di norma costituisce un «gruppo di quasi

mercato», formato da aziende dalle caratteristiche simili, poste in competizione tra loro in un modello di tipo «public competition». Sono inoltre quasi sempre presenti elementi del «gruppo di focalizzazione e specializzazione», considerando che all'interno della rete ospedaliera regionale esistono distinti livelli di specializzazione a cui afferiscono bacini di riferimento di dimensioni diverse (ad esempio ospedali ad alta complessità che servono l'intero territorio regionale).

Rispetto ai mercati il gruppo sanitario regionale si sostanzia come un «gruppo orizzontale», sebbene si riscontrino anche caratteristiche tipiche del «gruppo diversificato» (si pensi agli ospedali azienda e alla Ausl).

Il ruolo esercitato dalla capogruppo si può differenziare notevolmente, a partire da un livello modesto di esercizio di prerogative di governo fino a raggiungere una significativa compressione dell'autonomia delle aziende controllate. In particolare si può distinguere tra i seguenti ruoli (Longo, Lega, 2002):

— Regione *authority*, che regola il gioco competitivo di quasi mercato;

— Regione capogruppo di controllo, che definisce precisi obiettivi per ogni azienda e ne verifica il raggiungimento;

— Regione strategica, che partecipa in seno alle aziende alla definizione dei loro piani e programmi e ne controlla l'attuazione;

— Regione operativa, che decide per le aziende gli obiettivi aziendali e gli strumenti per raggiungerli.

Andando oltre all'analisi del ruolo della capogruppo, la traiettoria strategica del gruppo regionale è caratterizzata da una origine storica strutturale come «sistema unitario», caratterizzata dal modello unificante di tipo burocratico-amministrativo. I comportamenti delle aziende del gruppo tendo-

no quindi naturalmente ad uniformarsi tra loro e a ricercare indirizzi sovraordinati ai quali uniformarsi.

Ogni tipo di gruppo è connotato da particolari fabbisogni organizzativi determinati dalle sue caratteristiche, che qui abbiamo cercato di individuare all'interno di diverse tassonomie. Gli strumenti di governo dei gruppi devono quindi essere scelti in modo da poter contribuire al soddisfacimento di questi particolari bisogni.

Pur nelle diversità delle diverse situazioni contingenti i gruppi sanitari regionali italiani, di norma, presentano i seguenti fabbisogni:

— accrescere le identità aziendali e la consapevolezza delle specificità locali, a cui occorre rispondere con strategie differenziate;

— definire un equilibrio tra prerogative della capogruppo e autonomia delle aziende, coerente alla reale distribuzione delle responsabilità;

— definire gli ambiti ed i livelli di differenziazione e di orizzontalità;

— costruire un equilibrio dialettico tra elementi di competitività e di collaborazione interaziendali;

— sviluppare una cultura aziendale nella capogruppo che possa diffondersi anche tra le controllate, sostituendo il preesistente modello burocratico weberiano.

5. Gli strumenti di governo dei gruppi

L'attività di governo dei gruppi può essere distinta nelle seguenti funzioni (Minzberg, 1983):

— strategiche;

— di tecnostruttura;

— di supporto operativo.

Nell'esercizio della funzione strategica, la capogruppo cerca da un lato di modellare costantemente i confini del gruppo e, dall'altro, di gestire l'equilibrio tra autonomia delle conglomerate e unitarietà del sistema. Tra i compiti

connessi all'esercizio di questa funzione risultano rilevanti la costruzione della *mission* e dell'identità del gruppo stesso e la gestione delle principali relazioni con l'ambiente.

A livello di tecnostruttura (4), invece, si governano le azioni per raggiungere il posizionamento strategico individuato attraverso l'uso estensivo degli strumenti delle diverse funzioni aziendali (organizzazione, programmazione e controllo, gestione del personale, contabilità, sistemi informativi, ecc.) i quali sono disegnati e gestiti a livello di capogruppo. Gli interlocutori non sono centri di responsabilità infra-aziendali, ma aziende giuridicamente autonome. Le dimensioni e le complessità medie delle conglomerate sono tali da imporre lo sviluppo di strumenti manageriali incisivi, poiché è difficile recuperare alcune carenze informative o di controllo per via informale o relazionale, come può succedere in aziende più piccole o più semplici.

Il livello del supporto operativo è presente laddove la capogruppo offre servizi alle controllate, perché ritenuto più efficiente o perché utile per ottenere informazioni successivamente necessarie per la tecnostruttura o per il livello strategico. Si tratta di servizi di supporto operativi come possono essere la gestione del sistema informatico, l'elaborazione di paghe e stipendi, la consulenza fiscale o assicurativa, ecc.

Gli strumenti di governo di cui dispone la capogruppo nei confronti delle controllate sono di 4 tipi:

a) disegno e modifica dei confini e della macrostruttura del gruppo;

b) esercizio di poteri della proprietà;

c) strumenti di governo e di controllo di tipo sostanziale;

d) strumenti indiretti di governo e di controllo.

a) La capogruppo può modificare i confini del gruppo, allargandoli o contraendoli, sia in senso orizzontale sia in senso verticale, oppure può modificare l'eterogeneità delle controllate. In parallelo o in alternativa a questi processi la capogruppo può modificare la macrostruttura giuridica e/o manageriale, modulando il livello di autonomia delle controllate, introducendo o sopprimendo livelli di governo intermedi tra vertice e aziende, istituendo o cancellando organismi di integrazione o comando, ecc.

b) La capogruppo dispone anche di tutti gli strumenti giuridici e di rappresentanza negli organi societari per indirizzare le controllate. L'esercizio delle prerogative del soggetto economico prevalentemente con i formali istituti societari non è tipico dei gruppi: molte volte l'architettura giuridica ha un razionale diverso da quello di struttura di governo aziendale. Inoltre, questi strumenti sono spesso poco tempestivi, lenti e tendenzialmente burocratici.

c) Gli strumenti di tipo sostanziale, ossia l'aumento e la diminuzione di fattori produttivi essenziali, in particolare finanziamenti, investimenti specifici, informazioni, costituiscono la leva tradizionale di governo e controllo nei gruppi. La capogruppo governa la dinamica del gruppo allocando queste risorse in base alle proprie strategie e alle valutazioni sulle controllate. La strategicità delle singole risorse non è intrinseca a determinati fattori produttivi, ma dipende dal ruolo che esse svolgono all'interno del profilo di sviluppo strategico che il gruppo si è dato. «Benché modalità di governo fondate sulla dipendenza da risorse costituiscono meccanismi ampiamente utilizzati dalle capogruppo nella gestione, e spesso, nel contenimento delle spinte autonomiste provenienti da consociate e settori, esse presentano limiti di funzionalità che non possono essere

trascurati. Innanzitutto, ad evidenza, tale approccio al governo del gruppo incontra limiti espliciti nella effettiva dipendenza delle consociate da tali risorse. (...) Tale obiettivo richiede piuttosto l'instaurazione di un clima di collaborazione che non di coercizione, fra capogruppo e consociate (...) e una modalità di controllo tramite meccanismi e interventi volti a creare un contesto organizzativo a rinforzo dell'efficacia degli interventi di ordine sostanziale» (Beretta, 1990, p. 106). In altri termini, gli strumenti sostanziali di allocazione di risorse critiche devono essere accompagnati, e in parte mitigati, da strumenti di indirizzo, creando uno scenario collaborativo, nel quale le controllate si sentono accompagnate e supportate ad agire in coerenza alla strategia di gruppo.

d) Gli strumenti di governo e controllo indiretti esercitano una funzione di supporto e non di controllo, cercando di influenzare il *management* delle controllate in maniera propositiva e concertativa. Essi cercano di realizzare concretamente il sottile equilibrio tra guida unitaria del gruppo e autonomia delle aziende, laddove invece gli strumenti sostanziali sono inevitabilmente spostati a favore del ruolo della capogruppo. Gli strumenti indiretti afferiscono alle dimensioni di pianificazione e controllo, agli strumenti di gestione del personale e alla gestione del conflitto. Sono focalizzati a costruire un orientamento cognitivo ed interpretativo condiviso nel gruppo, a esplicitare le scelte strategiche e a far emergere le strutture e le posizioni di potere reale nei gruppi.

Gli strumenti attraverso cui il vertice della *holding* governa in modo indiretto possono inoltre essere definiti meccanismi amministrativi, ovvero meccanismi operativi con i quali la capogruppo indirizza le controllate. Le tipologie di strumenti disponibili sono ampie, utilmente suddivise in tre clas-

si: strumenti di programmazione e controllo di gruppo, strumenti di gestione dei dirigenti e strumenti di gestione dei conflitti (Beretta, 1990, p. 108-136).

5.1. Gli strumenti di programmazione e controllo

Il sistema di programmazione e controllo di gruppo influenza l'equilibrio che si instaura tra comando della capogruppo e autonomia delle aziende, a seconda di quanto è profonda la standardizzazione delle informazioni e delle misure e a seconda di come fluisce il processo (dall'alto o dal basso o in maniera negoziale intermedia). In ogni caso, occorre tenere presente i seguenti elementi:

a) un livello minimo di standardizzazione delle misure e dei linguaggi è comunque necessario per permettere un coordinamento di gruppo;

b) il sistema di programmazione e controllo deve basarsi su informazioni contabili, ma anche su informazioni extracontabili (dati di attività, trend di mercato e ambientali, ecc.);

c) il sistema non è influenzato solo dalla sua struttura tecnica ma in maniera rilevante anche dal suo processo nell'interazione tra livelli di responsabilità centrali e decentrati.

In altri termini, nella progettazione e gestione dei sistemi di governo interaziendali, occorre avere le stesse attenzioni che si impongono all'interno dei sistemi infra-aziendali nei confronti dei centri di responsabilità: per ogni centro di responsabilità è necessario personalizzare le informazioni, anche se entro una cornice indispensabile di standardizzazione.

5.2. Gli strumenti di gestione dei dirigenti

I gruppi di aziende sottolineano la loro unitarietà nell'utilizzo in maniera

organica della leva della gestione dei dirigenti, soprattutto apicali, considerati come squadra da utilizzare all'interno del sistema coordinato di aziende. I prerequisiti di questo strumento sono una adeguata conoscenza dei profili disponibili nel gruppo e strumenti di selezione e formazione costante dei dirigenti ad alto potenziale. Scopo degli strumenti di gestione di gruppo dei dirigenti è definire orientamenti standard per le competenze richieste e per le norme di comportamento, diffondendo una cultura unitaria nel gruppo. Questi strumenti agiscono direttamente laddove impattano sui dirigenti (es. valutazione delle *performance*) ed indirettamente quando definiscono uno scenario culturale nel gruppo, grazie ai precedenti che sono stati generati.

Questi strumenti sono costituiti dalle classiche leve per la gestione del personale, ma vengono contestualizzati nell'ottica del gruppo: il loro *focus* si concentra di norma sulle posizioni dirigenziali apicali, mentre la gestione del personale è lasciata all'autonomia delle singole aziende:

- nomina e spostamento di dirigenti in posizione chiave nel sistema delle aziende del gruppo;
- gestione dei percorsi di carriera nel gruppo (di tipo verticale – dalla controllata alla *holding* – e orizzontale – da una azienda all'altra –);
- sistemi premianti decisi dalla capogruppo rispetto alle *performance* delle singole aziende;
- meccanismi strutturati di socializzazione;
- formazione permanente e sviluppo delle competenze dei dirigenti.

5.3 Gli strumenti di gestione dei conflitti

Un gruppo costituisce una struttura organizzativa complessa ed eterogenea. Esso registra fisiologicamente li-

velli importanti di conflittualità, sia tra aziende sia tra il centro e la periferia. La gestione dinamica dei conflitti e delle tensioni è uno dei perni dell'azione del *management* dei gruppi. Non è realistico immaginare una risoluzione permanente dei conflitti, quanto piuttosto una ingegnerizzazione e strutturazione di un processo di regolazione dei medesimi. Gli strumenti per la gestione del conflitto possono essere classificati nelle seguenti categorie logiche:

a) meccanismi di attribuzione delle responsabilità decisionali: possono essere individuali o collegiali, affidati a soggetti che siano membri delle aziende o della capogruppo, aventi un ruolo consultivo o decisionale, ecc.;

b) ruoli e strumenti di coordinamento: si possono istituire comitati appositi per l'integrazione o per la risoluzione dei conflitti, oppure utilizzare posizioni aziendali formali (es. CdA delle diverse società di un gruppo) per creare ambiti negoziali e di risoluzione dei conflitti;

c) procedure definite formalmente per la gestione del conflitto: è ipotizzabile definire delle regole nel gruppo per risolvere le situazioni più critiche, in cui decide un collegio arbitrale interno; in alternativa la capogruppo opera come mediatore e decisore.

Ciascuno dei diversi strumenti presentati ha caratteristiche proprie, con uno spettro d'azione più o meno esteso e con livelli distinti di adattabilità e coerenza ai diversi contesti. Alcuni hanno tempi di azione e reazioni rapidi (es. spostamento di un dirigente), altri medi (impatto del sistema di *budget*), altri ancora lunghi (un sistema di disegno dei percorsi di carriera). Parte degli strumenti influenzano prevalentemente la dimensione cognitiva (es. piani di formazione o di informazione), altri invece sono focalizzati sul

potere reale (es. meccanismi di regolazione del conflitto). Alcuni strumenti sono più rigidi nel breve periodo, altri più flessibili.

Ciò che importa è uno sviluppo armonico dell'insieme di questi strumenti affinché nasca un disegno organico, coerente alla struttura e alla strategia del gruppo.

È opportuno chiedersi tra le quattro classi di strumenti proposti quali privilegiare nei gruppi pubblici.

Gli strumenti di disegno non presentano sempre i gradi di libertà desiderati e non possono essere attivati continuamente. Gli strumenti legislativi e burocratici tendono a ricostruire il modello gerarchico-burocratico e certamente non favoriscono processi di «aziendalizzazione» degli istituti pubblici. Gli strumenti sostanziali sono tradizionalmente quelli più conosciuti dagli enti sovraordinati, i quali tendono ad utilizzarli o in una accezione restrittiva, che limita gravemente l'autonomia delle controllate fino a soffocare la loro stessa natura aziendale, oppure in una eccezione estensiva, in cui però si riesce soltanto a governare i volumi di spesa ma non anche ad indirizzare efficacemente le strategie e i comportamenti degli istituti periferici. Gli strumenti sostanziali rimangono comunque indispensabili, ma da soli non sono sufficienti. Ciò che qualifica la natura stessa di gruppo aziendale è la capacità di esercitare efficaci prerogative di governo su aziende autonome: sono quindi soprattutto gli strumenti di indirizzo che qualificano il gruppo e il suo vertice. Sono questi gli strumenti che danno anche un senso e un orientamento agli strumenti sostanziali. Purtroppo, nella tradizione degli enti sovraordinati, questi strumenti sono molto deboli, se non addirittura sconosciuti. A livello di *holding* pubbliche si replica la debolezza manageriale delle controllate, ma mentre le aziende periferiche stan-

no vivendo una stagione di rinnovamento in senso manageriale, non altrettanto si può affermare per le capogruppo.

In particolare gli strumenti di programmazione e controllo di gruppo sono scarsamente diffusi e sviluppati nelle capogruppo, mentre gli strumenti di gestione del personale e di gestione del conflitto sono completamente assenti. Il gruppo di aziende nasce quando esiste un vertice capace di esercitare prerogative di governo aziendale sulle controllate: quindi è soprattutto la presenza di questi strumenti che indica se ci si trova davanti ad un gruppo governato, reale e agito, oppure se il gruppo è solo una categoria d'analisi.

6. Correlazione tra natura dei gruppi e strumenti di governo

Non è utile e difficilmente fattibile attivare tutti gli strumenti di governo dei gruppi potenzialmente disponibili. La natura del gruppo, la missione e le strategie da esso determinate portano a privilegiare alcuni strumenti rispetto ad altri. Occorre pertanto correlare la classificazione dei gruppi e l'individuazione dei loro fabbisogni con l'analisi degli strumenti di governo per essi più coerenti.

Nella valutazione degli scenari aziendali occorre osservare i seguenti fattori: la genesi del gruppo (se nasce da uno scorporo necessita di maggiori livelli di autonomia tra le aziende controllate, se nasce da una fusione serve una crescente standardizzazione); la struttura del gruppo (i gruppi verticali necessitano di maggiore coordinamento dei gruppi orizzontali o diversificati; nei gruppi finanziari l'autonomia che è utile concedere alle controllate è maggiore rispetto ai gruppi industriali o imprenditoriali); il contesto istituzionale; il livello di competizione o di quasi mercato.

L'efficacia stessa della scelta di costruire un gruppo, in alternativa ad altri assetti macrostrutturali, dipende probabilmente dalla capacità del *management* nel sapere leggere le caratteristiche dello scenario strategico aziendale ed individuare un *mix* ed un assetto coerente negli strumenti di governo del gruppo.

Il sistema operativo del gruppo pubblico deve essere visto come parte del sistema macro-organizzativo ed istituzionale e non può essere progettato in maniera disgiunta e sequenziale rispetto alla distribuzione delle funzioni e alle configurazioni strutturali. «I sistemi operativi sono intesi come variabili organizzative la cui progettazione deve rispondere a condizioni di coerenza con le altre variabili organizzative, con le variabili di contesto e con le variabili ambientali» (Airoldi, 1980, p. 4). I sistemi operativi veicolano impulsi che cercano di soddisfare esigenze che possono essere in contrasto tra loro: autonomia delle controllate e ruolo di indirizzo della capogruppo, decentramento delle funzioni/servizi e bisogno di uniformità ed equità distributiva, imprenditorialità ed autonomia dei singoli istituti e fabbisogni di coordinamento, ecc. Da un lato essi tutelano i fabbisogni del sistema/sottosistema pubblico, rappresentato dalla capogruppo, dall'altro le esigenze dei singoli istituti.

La sintesi tra esigenze di governo contrapposte può avvenire anche attribuendo funzioni divergenti alla componente strutturale e a quella dei sistemi operativi. Tipicamente, i sistemi operativi di gruppo presidiano dimensioni orizzontali e processi trasversali diffusi nel sistema, mentre la struttura istituzionale/organizzativa di gruppo definisce le funzioni/suddivisioni verticali di ogni azienda pubblica controllata.

Nei sistemi operativi del gruppo pubblico si veicolano soprattutto ri-

sorse e condizioni di autonomia per le aziende pubbliche controllate in base ai livelli di coerenze nell'esecuzione delle politiche regionali, desunti dai risultati degli istituti decentrati. Tanto più modeste sono le risorse concesse tanto più basso è il livello di autonomia dei sistemi operativi del gruppo pubblico, tanto meno la capogruppo è interessata a verificare i risultati attraverso il sistema operativo. In questo caso la Regione governa il proprio gruppo/sistema sull'asse verticale degli assetti istituzionali e macro-organizzativi. Questa tendenza diffusa soffoca la dimensione aziendale degli istituti decentrati, oscura le potenzialità dei sistemi operativi di gruppo e rende spesso invisibili i risultati dei singoli istituti, focalizzando il governo sugli aspetti macro-organizzativi, procedurali ed istituzionali. Al contrario, per mantenere una funzione di coordinamento e supervisione complessivo da parte dell'ente sovraordinato, significativi livelli di autonomia organizzativa ed istituzionale richiamano la necessità di sistemi operativi di monitoraggio dei risultati attesi ed ottenuti. In questo caso il sistema operativo del gruppo regionale diventa lo strumento principe per l'esercizio della funzione di governo sovraordinata.

Da questo punto di vista i sistemi operativi acquisiscono una rilevante centralità. Per la Regione essi devono garantire che:

— le singole aziende del gruppo regionale perseguano la propria economicità e l'orientamento al raggiungimento dei propri fini di istituto;

— il sistema abbia un sostanziale equilibrio complessivo, senza rilevanti disequilibri tra aziende, anche grazie ad una equità sostanziale tra contributi e ricompense nel gruppo;

— le aziende applicano con un grado soddisfacente gli indirizzi della regione capogruppo.

7. Gli strumenti sostanziali

La disponibilità della leva del finanziamento è naturalmente uno strumento rilevante e potenzialmente assai efficace per una capogruppo pubblica. Essa è chiamata a distribuire le risorse cercando di generare nelle controllate una forte convenienza all'economicità gestionale e all'adozione delle politiche proposte dalla capogruppo stessa. Nell'utilizzo degli strumenti sostanziali si osservano però alcune importanti antinomie, di non facile risoluzione.

7.1. Incentivazione versus equità distributiva

La capogruppo è interessata ad incentivare, attraverso risorse aggiuntive, le controllate che maggiormente rispondono ai principi di economicità e di fedele ed efficace applicazione degli indirizzi sovraordinati. L'incentivazione di alcune aziende indebolisce inevitabilmente l'equità distributiva tra le diverse controllate, penalizzando alcune comunità locali rispetto ad altre. Paradossalmente potrebbe accadere che le controllate da incentivare siano proprio quelle che già garantiscono le migliori *performance* e quindi già meglio tutelano gli interessi dei propri *stakeholders*, generando un effetto complessivo d'indebolimento dell'equità distributiva, soprattutto se valutata in termini di bisogni pubblici realmente soddisfatti. D'altra parte un riparto delle risorse esclusivamente in base ai bisogni degli utenti locali, annulla la possibilità di utilizzare gli strumenti sostanziali come strumento di incentivazione delle aziende.

7.2. Incentivazione dell'autonomia finanziaria delle controllate

La capogruppo ha un evidente interesse a favorire tassi crescenti di auto-

finanziamento da parte delle proprie controllate. Incentivare le aziende che raggiungono le migliori percentuali di autofinanziamento significa generare un effetto moltiplicativo delle differenze nel gruppo, aumentando i differenziali con le aziende che presentano minori gradi di autofinanziamento. D'altra parte, rinunciare ad incentivare l'autofinanziamento significa rinunciare a premiare la capacità di generare o liberare risorse e quindi rischiare di ridurre le risorse complessivamente presenti nel gruppo.

7.3. Fondi vincolati versus fondi indistinti

La necessità di garantire il raggiungimento di obiettivi ritenuti irrinunciabili può portare ad utilizzare gli strumenti sostanziali con modalità molto restrittive, a partire dalla concessione di risorse vincolate a precise tipologie di spesa. Questo genera un evidente disincentivo all'utilizzo efficiente delle risorse, perché eventuali economie sono comunque destinate a rimanere vincolate al settore, che potrebbe già disporre di un'esaustiva tutela pubblica locale. D'altra parte il trasferimento di risorse completamente libere non riesce a dare garanzie rispetto ad alcuni obiettivi ritenuti fondamentali dalla capogruppo.

Le antinomie proposte non sono univocamente risolvibili: in linea teorica esse costituiscono un orizzonte di complessità all'interno del quale l'azienda capogruppo deve posizionarsi. Esse sottolineano però, ancora una volta, l'insufficienza dei soli strumenti sostanziali che non siano accompagnati anche da strumenti di indirizzo.

In una corretta ottica aziendale, nell'utilizzo degli strumenti sostanziali dovrebbero essere rispettati i seguenti principi.

a) Tra i principali elementi costitutivi dell'autonomia aziendale vi è,

all'interno dei vincoli finanziari disponibili, la libera determinazione della combinazione dei fattori produttivi necessari. Questo impone che il riparto delle risorse da parte dell'azienda pubblica sovraordinata non avvenga contabilizzando la spesa per i singoli fattori produttivi (personale, manutenzioni, beni e servizi, ecc.) ma per risorse complessive, lasciando all'azienda decentrata la definizione del *mix* che ritiene necessario. Questa opzione implica una sostanziale libertà nella definizione dell'assetto organizzativo complessivo d'azienda, potendosi ad esempio definire un *mix* diverso tra personale e tecnologia tra le diverse aziende del gruppo. La necessità della salvaguardia di elementi di uniformità ed equità redistributiva pubblica, si sposta pertanto dalla verifica della congruenza degli assetti organizzativi e della combinazione di fattori produttivi al livello di *output* o *outcome* finali, utili alla tutela della salute.

b) L'efficacia e l'incisività attuativa degli strumenti di governo della capogruppo e in particolare di quelli sostanziali dipendono in maniera rilevante dai livelli di realismo e veridicità in essi contenuti, che sostengono la significatività della programmazione *ex ante* e quindi la sua cogenza durante la gestione degli esercizi. «Il progressivo avvicinarsi di alcune aziende alle condizioni di equilibrio economico, frutto anche delle pressioni esercitate in tal senso dal sistema, produce effetti cumulativi di rafforzamento del sistema stesso (quante più aziende si avvicinano anche potenzialmente all'equilibrio, tanto maggiore è la pressione che viene esercitata sulle rimanenti)» (Del Vecchio, 2000, p. 217). L'assenza di realismo e di veridicità, al contrario, delegittimano gli strumenti di governo sostanziali della capogruppo e rischiano di indebolire complessivamente l'insieme

degli strumenti manageriali, inevitabilmente a favore di quelli burocratici ed amministrativi.

c) Per legittimare gli strumenti sostanziali occorre che essi siano percepiti come equi, seppur con un equilibrio complessivo tra contributi e ricompense, anche di medio periodo. L'assenza di equità percepita delegittima lo strumento e lo rende meno efficace nell'influenzare il comportamento delle aziende del gruppo, le quali tenderanno a giustificare eventuali disallineamenti dalle politiche del gruppo come risposta all'iniquità del sistema. La corretta percezione dell'equità e dell'equilibrio sostanziale di un sistema è molto difficile da determinare perché il giudizio degli attori si basa spesso su valutazioni parziali, desunte da un sistema informativo e valutativo insufficiente. Per allineare il più possibile l'equità percepita all'equità sostanziale (laddove sia tale) sono efficaci strumenti sostanziali semplici, facilmente intelleggibili e quindi complessivamente trasparenti. Sistemi sofisticati e articolati, non immediatamente comprensibili, aumentano la distanza tra equità percepita e quella reale.

8. Gli strumenti di indirizzo

Tra i sistemi operativi del gruppo pubblico gli strumenti di indirizzo costituiscono la leva più efficace per indirizzare complessivamente i comportamenti delle controllate soprattutto se abbinati agli strumenti sostanziali. Questi ultimi veicolano prevalentemente risorse e non sono sempre capaci di esprimere indirizzi strategici e programmatori: i soli strumenti di indirizzo non sempre detengono la necessaria forza incentivante per determinare i comportamenti delle controllate.

Gli strumenti di indirizzo delle capogruppo pubbliche possono focaliz-

zarsi maggiormente sulla verifica degli *output* prodotti, in una logica più vicina al «government», oppure concentrarsi maggiormente sugli *outcome*, in un paradigma più vicino alla «governance». Nel primo caso la capogruppo indirizza con maggiore analiticità le controllate, definendo i prodotti e i servizi attesi, per tipologia e volumi. È la capogruppo che implicitamente definisce quali siano i servizi capaci di tutelare gli interessi pubblici, il cui soddisfacimento non viene direttamente misurato dal sistema di programmazione e controllo di gruppo. Nel secondo caso invece, gli strumenti di indirizzo del gruppo si concentrano maggiormente sulla valutazione degli esiti finali, in termini di soddisfacimento degli interessi collettivi. È lasciato alla singola azienda definire i prodotti e i servizi idonei per raggiungere i fini istituzionali. In questo caso aumenta significativamente il livello di autonomia delle controllate. Il secondo, forse più affascinante, modello pone però evidenti problemi di misurabilità e di raccolta delle informazioni, oltre ad aumentare la complessità valutativa che tende sempre meno ad essere d'azienda e sempre più d'istituto, quindi necessitante un articolato approccio multidisciplinare.

Nella progettazione dei sistemi di indirizzo è sicuramente rilevante la qualità degli strumenti tecnici a disposizione (la capacità di rilevare i dati, di classificare e misurare i fenomeni, le competenze nella loro rappresentazione, ecc.) ma ancora più critica è la definizione del processo, in questo caso inter-istituzionale, di programmazione e controllo.

Il coordinamento degli strumenti di indirizzo con quelli sostanziali correla il processo di programmazione e controllo del gruppo con i meccanismi allocativi delle risorse da parte della capogruppo. Questo genera unitarietà

nel governo del sistema, collocato in capo alle capogruppo. Purtroppo la frammentazione organizzativa delle regioni spesso indebolisce questa unitarietà, separando di fatto la fase di indirizzo, dalla fase di finanziamento e quindi di riconoscimenti di incentivi e penalizzazioni.

Il coordinamento degli strumenti di indirizzo con quelli sostanziali richiede:

— l'unicità nel processo di relazione con le controllate;

— il raccordo dei tempi di programmazione con quelli di riparto delle risorse;

— l'unitarietà dell'interfaccia in seno alla capogruppo nei confronti delle controllate;

— la coerenza tra i processi valutativi sui risultati aziendali e i riconoscimenti finanziari alle controllate.

I molti gradi di libertà disponibili nella progettazione dei sistemi direzionali di gruppo invocano una teoria generale per definizione degli strumenti di governo. L'eccessiva eterogeneità delle tipologie di gruppo, le distinte genealogie storiche che determinano fabbisogni organizzativi diversificati, le differenze nelle variabili strategiche e i diversi atteggiamenti del management suggeriscono invece l'opportunità di adottare un approccio di contingenza, che segue l'identificazione delle variabili e dei fabbisogni rilevanti dei singoli gruppi, alla luce dei quali definire le caratteristiche del sistema direzionale. «La varietà ed eterogeneità delle strutture di gruppo (...) rende difficile, se non impossibile, affrontare il tema del controllo di gruppo senza ricorrere ad opportune classificazioni e tipizzazioni dei gruppi aziendali. (...) Nel passaggio dai gruppi finanziari, ai gruppi industriali, a quelli patrimoniali, si assiste ad un generale crescente orientamento dei sistemi direzionali a soddisfare i bisogni di integrazione. (...) La modalità

attraverso cui il gruppo si è venuto sviluppando, ad esempio, determinano in larga misura il necessario bilanciamento fra fabbisogni di adattamento e fabbisogni di integrazione. (...). Si rende dunque opportuno considerare congiuntamente differenti fattori espressivi degli assetti strategici e strutturali del gruppo, attribuendo a ciascuno di essi diverso peso in funzione della rilevanza assunta nel caso specifico. (...) Il comportamento direzionale effettivamente perseguito in merito alla unitarietà (o frammentarietà) del governo di gruppo appare un'altra utile chiave di interpretazione» (Beretta, 1990, p. 180-188). La progettazione del sistema, vale a dire la definizione delle unità aziendali responsabili di risultati finali o intermedi, dei loro contenuti di responsabilità, dei fattori produttivi controllati, degli obiettivi, degli indicatori, degli incentivi, deve discendere dall'analisi delle caratteristiche e degli obiettivi strategici del gruppo, in coerenza alle scelte per la struttura organizzativa di gruppo.

In questa sede è importante ricordare che la funzione di controllo esercitata dalla capogruppo costituisce soltanto uno dei meccanismi di *accountability* cui sono sottoposte le aziende decentrate, a cui se ne aggiungono molti altri che possono avere diversi gradi di rilevanza. La funzione di controllo esercitata dalla capogruppo non deve pertanto indebolire gli altri strumenti di responsabilizzazione istituzionale, come il controllo esercitato dagli organi politici decentrati o dagli utenti delle aziende controllate. Al contrario l'azione della capogruppo deve essere tesa a rafforzare, con equilibrio, gli altri meccanismi di *accountability*, favorendoli attraverso la diffusione di informazioni che facilitano la loro azione.

9. Gli strumenti di gestione del personale

La leva del personale è generalmente critica nelle aziende pubbliche, perché esse sono prevalentemente aziende di servizi in cui le risorse umane sono di norma il fattore produttivo finanziariamente più rilevante ed organizzativamente decisivo per le *performance* complessive. Nei gruppi pubblici le logiche e gli strumenti di gestione del personale agiscono su due distinti livelli:

a) contribuiscono a determinare lo stadio di sviluppo manageriale delle singole controllate;

b) supportano il processo di sviluppo della logica di coordinamento ed integrazione nel gruppo.

La leva del personale quindi costituisce contemporaneamente una variabile organizzativa determinante per il dispiegarsi di una logica di gruppo, capace di temperare autonomia delle controllate ed unitarietà del sistema, ed un indicatore capace di misurare quanto la logica di gruppo sia dispiegata.

La capogruppo sanitaria regionale dispone di rilevanti livelli di potere per la definizione delle regole e dei meccanismi di gestione del personale per le singole controllate e per il gruppo pubblico complessivo.

Lo sviluppo delle Pa in senso aziendale richiede una crescita delle competenze gestionali dei suoi dirigenti, in un contesto che riesca a tenere viva la loro motivazione al lavoro, il senso di appartenenza istituzionale e il desiderio di crescita professionale. A questo scopo può risultare decisivo lo sviluppo di un vero mercato della dirigenza pubblica. Esso dovrebbe favorire la mobilità inter-aziendale, che faccia leva sulla ricerca dei profili professionali tecnicamente più capaci ed idonei a gestire processi di cambiamento in ambienti complessi e turbo-

lenti come quelli delle aziende sanitarie. La presenza di un tale mercato potrebbe accelerare processi di promozione e di sviluppo di carriera dei più capaci e meritevoli, mantenendo alta il livello motivazionale complessivo nel sistema. Esso potrebbe garantire alcune importanti potenzialità:

— favorire processi di selezione interna al sistema pubblico e di sviluppo di carriere interaziendali;

— promuovere la diffusione di *know how* accumulato da alcune aziende pubbliche attraverso il processo di contaminazione culturale garantito dalla mobilità della dirigenza pubblica;

— diffondere la cultura del gruppo pubblico, favorita dalla diffusione di logiche e comportamenti organizzativi simili;

— contribuire ad aprire il mercato del lavoro pubblico ad un maggiore interscambio con il settore privato, sia in entrata, sia in uscita.

La regione capogruppo può contribuire in maniera decisiva allo sviluppo del mercato della dirigenza pubblica, sia attraverso l'adozione di un'adeguata regolamentazione che favorisca questi processi, sia attraverso azioni di indirizzo e di attivo accompagnamento operativo in questa direzione.

Per promuovere lo sviluppo del mercato della dirigenza di un gruppo pubblico possono essere attivati diversi strumenti operativi:

— avvio di iniziative di formazione regionale lunghe e strutturate comuni a tutte le aziende del gruppo per categorie professionali omogenee, che favoriscano la crescita della conoscenza reciproca e la raccolta informale di informazioni sui profili professionali disponibili a livello di gruppo regionale;

— sviluppo di gruppi di lavoro e confronto interaziendali all'interno di sistematici processi di *benchmarking*, che accrescono la conoscenza reciproca

ca sui dirigenti, sui loro *know how* e sui loro profili professionali e caratteriali;

— predisposizione di *database* sistematici o albi regionali per categorie professionali, a cui possano rivolgersi le aziende pubbliche quando necessitano di selezionare personale con precise caratteristiche curriculari. I *database* dei profili professionali possono essere correlati ai percorsi formativi forniti dalla regione (es. diplomati di corsi della capogruppo), ad incarichi per strutture omogenee nel gruppo pubblico, ad albi professionali regionali.

10. Gli strumenti di coordinamento e di gestione dei conflitti

«In quanto strutture differenziate e integrate, i gruppi fondano la loro economica sopravvivenza su un equilibrio dinamico di ruoli e forze, che traggono origine dalla diversità delle esigenze che si pongono ai diversi livelli della macrostruttura e nelle diverse specializzazioni funzionali. Razionalità e logiche diverse si confrontano continuamente, provocando il dibattito, il confronto, il conflitto. (...) La capacità di gestire dinamicamente le contrapposizioni tra le diverse parti in cui si articolano le strutture di gruppo rappresenta una delle chiavi del successo» (Beretta, 1990, p. 127 e 128). Il bisogno di integrazione e di regolazione dei conflitti nel gruppo può afferire sia alla dimensione orizzontale (tra aziende consociate), sia alla dimensione verticale (rapporto tra capogruppo e controllate). Gli strumenti di integrazione e regolazione del conflitto hanno il compito di favorire l'efficace funzionamento dei processi formali di responsabilizzazione e sono di norma caratterizzati da una minore formalizzazione rispetto agli strumenti di controllo direzionale o di

gestione del personale. Essi possono essere classificati in tre classi logiche:

— meccanismi di attribuzione delle responsabilità formali: costituzione e composizione di comitati decisionali di gruppo, definizione dei ruoli dei membri dei comitati, bilanciamento tra esponenti della capogruppo e delle controllate;

— ruoli e meccanismi di integrazione: creazione di organi o ruoli organizzativi incaricati dello scambio di informazioni nel gruppo o alla condivisione di processi decisionali, individuazione di strumenti operativi di coordinamento di gruppo, definizione dei livelli gerarchici da coinvolgere in queste funzioni;

— procedure formali di risoluzione dei conflitti: definizione degli ambiti di arbitrato (gerarchici o collegiali), dei membri (interni o esterni al gruppo, di maggiore o minore provenienza dalla capogruppo) e delle regole decisionali.

La collaborazione interistituzionale nel gruppo pubblico può essere orientata a diverse classi di obiettivi:

a) definire e gestire i confini delle competenze, delle titolarità e dei corrispondenti oneri finanziari (funzione di regolazione delle strutture e competenze organizzative nel gruppo aziendale);

b) costruire processi decisionali congiunti, capaci di ricondurre ad un momento di analisi, confronto e deliberazione unitaria gli *iter* amministrativi altrimenti frammentati lungo la filiera istituzionale (strumento di coordinamento decisionale);

c) sviluppare forme di coordinamento operativo o di gestione congiunta (ricerca di integrazione operative e di economie di collaborazione);

d) disciplinare i conflitti allocativi ed operativi di singole decisioni di finanziamento, di specifiche scelte progettuali, di determinati utenti o

prodotti (funzione di arbitrato nella gestione ordinaria).

Queste distinte classi di obiettivi richiedono una definizione diversificata e una correlata gestione degli strumenti operativi necessari per il coordinamento e la risoluzione dei conflitti di gruppo.

L'insieme degli strumenti operativi adottati dalla capogruppo (strumenti sostanziali, strumenti di indirizzo, strumenti di gestione del personale, strumenti di integrazione e regolazione del conflitto) deve essere coerente con l'impostazione e l'applicazione dei più tradizionali strumenti di tipo legislativo e formali. L'ente sovraordinato dispone infatti di «un secondo insieme di strumenti di coordinamento dato da:

— l'emanazione di leggi primarie o norme derivate che impongono certe uniformità di comportamento amministrativo agli enti di livello inferiore (...);

— la presenza di organi di controllo sugli atti (...);

— la previsione di organi dotati di poteri sostitutivi (...);

— la previsione di organi dotati di poteri ispettivi (...);

— le procedure che prevedono la richiesta di pareri obbligatori ad organi di altre amministrazioni» (Borgonovi, 1996, p. 194 e 195).

Se l'ente sovraordinato rafforza la propria dimensione aziendale valorizzando appieno gli strumenti di governo dei gruppi pubblici (dalla configurazione strutturale ai sistemi operativi) necessariamente è chiamato a riposizionare gli strumenti legislativi formali, per evitare inutili e costose ridondanze e il pericolo di delegittimare gli strumenti aziendali. Il riposizionamento degli strumenti legislativi e formali può avvenire attraverso la combinazione della riprogettazione di alcune procedure, dell'indebolimento di altre e dell'eventuale soppressione di

alcuni meccanismi, la cui funzione viene assolta più efficacemente da strumenti di tipo aziendale. Il progressivo riposizionamento degli strumenti legislativi e formali, rispetto a quelli aziendali, può essere una misura del grado di sviluppo di un sistema di enti pubblici in direzione di un gruppo di aziende pubbliche.

(1) Le determinanti economiche, giuridiche e organizzative caratterizzanti il gruppo sono così identificabili:

- indipendenza giuridica delle unità;
- soggetto economico comune;
- gestione unitaria;
- obiettivi comuni;
- composizione di un unico complesso economico in riferimento all'obiettivo comune (Azzini, 1968, 1975).

(2) «È utile formulare una classificazione dei principali fattori che portano alla formazione dei gruppi, identificabili in cinque classi fondamentali:

- motivi di ordine finanziario;
- motivi di ordine economico;
- motivi di ordine organizzativo;
- motivi legati ai rapporti con l'ambiente;
- motivi legati alla politica tributaria e al mutare delle normative fiscali» (Pilati, 1990, p. 45).

Si veda anche Saraceno (1967), Mosconi e Rullani (1978), Rispoli (1984).

(3) «Ciò implica che il sistema pubblico nel suo complesso e i singoli istituti pubblici per-

seguano un diversificato insieme di finalità economiche ed extraeconomiche e che, nonostante la rilevanza degli aspetti economici, questi non rappresentino la dimensione dominante. Il contesto istituzionale, la strutturazione delle relazioni interaziendali di sistema pubblico, strutture e meccanismi di governo dell'istituto sono, quindi, pensati, definiti e modificati in relazione a criteri che esprimono visioni e valori (...) quali ad esempio: il bilanciamento dei diversi poteri, l'equità e le condizioni che la realizzano, la rappresentanza degli interessi (...)» (Del Vecchio, 2001, p. 34).

(4) Le funzioni attribuite dallo schema di Minzberg alle tecnostutture sono esercitate, di norma, nei gruppi dalla capogruppo stessa, presso la quale sono collocate suddette unità organizzative a supporto della funzione di governo del gruppo e a servizio delle controllate.

BIBLIOGRAFIA

- AIROLDI G. (1980), *I sistemi operativi*, Giuffrè, Milano.
- AZZINI L. (1968), *I gruppi. Lineamenti economico-aziendali*, Giuffrè, Milano.
- AZZINI L. (1975), *I gruppi aziendali*, Giuffrè, Milano.
- BERETTA S. (1990), *Il controllo di gruppi aziendali*, Egea, Milano.
- BORGONOV E. (1996), *Principi per l'amministrazione pubblica*, Egea, Milano.
- COASE R.H. (1937), «The Nature of the Firm», *Economica*, novembre, IV.
- DEL VECCHIO M. (2000), «Evoluzione delle logiche di organizzazione delle aziende sanitarie pubbliche», in Anessi Pessina E.,

- Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Egea, Milano.
- DEL VECCHIO M. (2001), *Dirigere e governare le amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano.
- LEGA F., LONGO F. (2002), «Programmazione e governo dei sistemi sanitari regionali e locali: il ruolo della regione e delle aziende a confronto», *Mecosan*, 41, pp. 9-21.
- LONGO F. (2001), *Federalismo e decentramento. Proposte economico-aziendali per le riforme*, Egea, Milano.
- MASINI C. (1979), *Lavoro e risparmio*, 2ª ed., Utet, Torino.
- MINZBERG H. (1983), *Power in and around Organizations*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs.
- MOSCONI A., RULLANI E. (1978), *Il gruppo nello sviluppo delle imprese divise*, ISEDI, Torino.
- NACAMULLI R.C.D., RUGIADINI A. (A CURA DI) (1985), *Organizzazione e mercato*, Il Mulino, Bologna.
- ONIDA P. (1960), *Economia d'azienda*, Utet, Torino.
- PILATI M. (1990), *Le politiche dei prezzi di trasferimento. Organizzazione e controllo nei quasi mercati*, EGEA, Milano.
- RISPOLI M. (A CURA DI) (1984), *L'impresa industriale. Economia e management*, Il Mulino, Bologna.
- SARACENO P. (1967), *La produzione industriale*, Libreria universitaria editrice, Verona.
- WILLIAMSON O.E., WINTER S. (A CURA DI) (1993), *The Nature of the Firm. Origins, Evolution and Development*, Oxford University Press, New York.
- ZATTONI A. (2000), *Economia e governo dei gruppi aziendali*, Egea, Milano.

Management ed economia sanitaria

MECOSAN

La rivista trimestrale
di saggi e ricerche, documenti e commenti
per il governo manageriale della sanità

edita sotto gli auspici del Ministero della sanità

RACCOMANDAZIONI AGLI AUTORI

Mecosan è una rivista aperta al contributo di chiunque desideri offrire testimonianze, opinioni, notizie e resoconti di studi e ricerche che abbiano attinenza con i temi dell'economia e della gestione manageriale dei sistemi sanitari.

I contributi, che devono essere originali e avere contenuto innovativo, sono destinati alle seguenti sezioni:

Saggi e ricerche - Documenti e commenti - Esperienze innovative - La sanità nel mondo - Sanità e impresa - Biblioteca.

La lingua ammessa è l'italiano.

Per gli articoli destinati alla sezione «**Saggi e ricerche**» è previsto un **abstract** in inglese che non superi le 200 parole (in corsivo ad interlinea singola).

I contributi devono tenere conto delle seguenti regole editoriali:

Titolo e autori

Il titolo non deve superare le due righe.

I nomi degli autori (nome e cognome), preferibilmente in ordine alfabetico, sono seguiti, senza ulteriore qualificazione, dalla segnalazione degli Enti di appartenenza, richiamati da note numeriche se gli autori provengono da più di una istituzione.

Sommario

Immediatamente dopo gli autori, il sommario deve essere breve ed indicare solo i paragrafi principali, preceduti da numeri arabi seguiti dal punto.

Esempio: SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Parte prima - 3. Parte seconda - 4. Conclusioni - 5. Appendici.

Titoli dei paragrafi

In grassetto, preceduti dai numeri arabi seguiti dal punto.

Esempio: **1. Introduzione**

Eventuali sottotitoli in corsivo.

Tabelle, grafici e figure

Devono essere richiamati nel corso degli articoli con riferimenti puntuali e forniti in stampa separata dal testo e possibilmente in un file diverso. Si ricorda agli autori che *Mecosan* è una rivista in **bianco e nero**, dunque non saranno accettati articoli che contengono figure a colori. Le rappresentazioni grafiche saranno accettate a condizione che siano accompagnate da tabelle numeriche riportanti i dati di riferimento.

Note

Devono essere richiamate numericamente, riportate alla fine dell'articolo (e non a pie' di pagina).

Lunghezza articoli

Indicativamente i saggi dovranno essere tra le cinquemila e le diecimila parole; per le altre sezioni si consiglia di non eccedere le settemila parole.

Riferimenti bibliografici

Si devono effettuare con il sistema autore-data (e non con i numeri progressivi) nel corpo del testo o in nota. Le indicazioni corrispondenti si devono riportare alla fine dell'articolo nella **bibliografia**, dopo le note, in ordine alfabetico, secondo il seguente esempio:

— per testi: richiamo: (Clerico, 1984); indicazione: CLERICO G. (1984), *Economia della salute*, Franco Angeli, Milano.

— per articoli: richiamo: (Volpatto, 1990); indicazione: VOLPATTO O. (1990), «La privatizzazione dei servizi pubblici», *Azienda Pubblica*, 2: pagg. 243-252.

I testi non citati nell'articolo che eventualmente si vorranno segnalare dovranno essere inseriti in una **bibliografia separata**.

I testi

Devono pervenire su dischetto, preferibilmente in Microsoft Word per DOS o Windows, con allegata copia cartacea preceduti da una pagina che indichi:

— nome, cognome, indirizzo completo di numero telefonico e di fax degli autori o dell'autore principale;

— titolo e sezione per cui si propone l'articolo.

Devono essere inviati a:

**Mecosan - Redazione - c/o CeRGAS, Viale Isonzo, 23
20135 Milano - Tel. 0258362600 - Fax 0258362593-98
E-mail: mecosan@uni-bocconi.it**

Gli articoli pervenuti saranno sottoposti al vaglio dei referenti accreditati e qualora risultassero disattesi i requisiti suindicati potranno essere scartati o integrati dalla redazione.

AZIENDA SANITARIA E PAZIENTE, UN RAPPORTO IN EVOLUZIONE. IL TRUST ORIENTED MARKETING APPLICATO ALLA SANITÀ

Erika Mallarini

SDA-CeRGAS - Bocconi

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Il *Trust Management*: studio multidisciplinare e ultima frontiera del *marketing* - 3. *Trust Oriented Marketing*: un modello per le aziende sanitarie - 4. La fase analitico conoscitiva: comprendere l'utenza al fine di garantire equità e giustizia distributiva - 5. La fase decisionale: definire il posizionamento dell'azienda e dei servizi al fine di migliorare le condizioni di salute del territorio e l'efficacia delle prestazioni - 6. La fase operativa: il *Trusting Mix*, ovvero l'integrazione degli strumenti per l'accrescimento della fiducia - 7. La fase di valutazione: misurare la fiducia nelle relazioni - 8. Conclusioni.

Healthcare Marketing is aimed to establish, to maintain, and to strengthen trust between health organization and patient. The healthcare marketing model proposed in this article is just based on the trust concept. To the aim to explain the essential contents of such model, the article first analyses the meaning of trust, such as last evolution of marketing discipline. Subsequently it develops a model of Trust Oriented Marketing for the Health System. This model decomposes the process of marketing in four logical stages: 1) an analytical phase; 2) a decisional stage, in order to segment the demand and to define the positioning; 3) an operative phase, that defines the Trusting Mix; and 4) a feed-back stage, that check trust and fairness in the distribution of resources.

1. Introduzione

Il dinamismo ambientale che caratterizza il contesto in cui operano le aziende sanitarie richiede l'adozione di un approccio manageriale in grado di diffondere nell'organizzazione, e non solo nei singoli operatori, una cultura orientata al paziente. La domanda di salute diventa progressivamente più complessa e pertanto i servizi sanitari non sono più accettati o giudicati soddisfacenti come quando l'esistenza del servizio pubblico era considerata di per sé elemento positivo.

Oggi sono richiesti servizi e modalità di erogazione degli stessi idonei a sopportare una domanda in rapida espansione, in grado di sostenere elevati volumi e di realizzare economie di costi in quanto, se ciò non si verifica, si manifestano inevitabili disequilibri tra domanda ed offerta che generano insoddisfazione nei pazienti e che possono portare all'introduzione

di una politica di selezione o a una «selezione naturale» tramite «code», le liste di attesa, nell'accesso ai servizi (Borgonovi, 2000).

In questo contesto diventa necessario adottare politiche e strumenti che permettano all'azienda sanitaria di sfruttare al meglio la propria capacità di offerta attraverso la combinazione di qualità, quantità e prezzo/tariffa, ovvero adottare un approccio *marketing oriented*. Occorre tuttavia dare una definizione puntuale di cosa si intenda oggi per *marketing* in sanità e in particolare nella sanità pubblica. L'utilizzo di questo termine nel settore lascia infatti spazio decodificazioni sbagliate, ma purtroppo diffuse nel mondo manageriale, ove non raramente il concetto di *marketing* rischia di essere associato a:

— pubblicità, propaganda e promozione di servizi;

— cura dell'immagine di un servizio o di un'azienda sanitaria nel suo complesso;

— tecnica manageriale contaminante rispetto al sistema di valori legati alla salute;

— propaganda politica.

Tali associazioni, molto spesso non giustificate, danno luogo ad interpretazioni assai lontane dalla vera essenza del concetto. L'applicazione di uno strumento di *management* quale il *marketing* alla pubblica amministrazione non è infatti riconducibile ai sopra citati elementi: esso non ha l'obiettivo di «vendere» l'immagine dell'azienda o i servizi che essa eroga, ma è una funzione attiva e propositiva nei confronti della domanda che cerca di sfruttare il contatto con l'utente al fine di renderlo soggetto consapevole delle strategie e delle politiche di erogazione dei servizi (1), ottimizzando l'utilizzo delle risorse per conseguire una

maggiore efficacia delle prestazioni assistenziali.

Concretamente il *marketing* è la funzione aziendale che ha l'obiettivo di progettare e realizzare un'offerta coerente rispetto alle esigenze della domanda attraverso l'adozione di strumenti analitici che interpretino e tengano sotto costante monitoraggio esigenze ed aspettative di cittadini e pazienti, e di strumenti operativi che definiscano le variabili dell'offerta. In altri termini *marketing* in sanità vuol dire stabilire, mantenere, rafforzare il rapporto di fiducia tra la l'azienda e il paziente.

E proprio sul concetto di fiducia si focalizza il modello di *marketing* per le aziende sanitarie proposto in questo articolo: un modello strettamente improntato sull'etica aziendale, ma a forte valenza manageriale che ha l'obiettivo di sviluppare la fiducia nelle diverse relazioni tra gli attori del settore salute: tra paziente e operatori; tra paziente e azienda sanitaria, tra territorio (gruppi di utenza, organizzazioni *no-profit*, enti locali, rappresentanze di cittadini, enti di programmazione regionali) e azienda.

Al fine di chiarire i contenuti essenziali di tale modello sia con riferimento ai suoi aspetti concettuali sia per quanto concerne le sue implicazioni manageriali il lavoro si articola come segue.

Nel primo paragrafo si definisce il concetto di fiducia e si riporta una sintetica ricostruzione dei principali rapporti delle diverse discipline — in particolare si fa riferimento alle principali teorie e modelli di *marketing* orientati alla costruzione della fiducia —. L'obiettivo è di valutare i presupposti comuni tra il *Trust Management*, recente evoluzione del *marketing*, e il *marketing* delle aziende sanitarie.

Il secondo paragrafo contiene alcuni principi per la definizione di un modello manageriale di *Trust Oriented*

Marketing applicato alle aziende sanitarie, siano esse aziende territoriali o aziende ospedaliere. Tale modello (elaborato nel corso di una ricerca condotta dalla SDA Bocconi sulle quarantadue aziende sanitarie della Regione Lombardia) scompone il processo di *marketing* in quattro momenti logici: 1) una fase analitico conoscitiva, attraverso la quale comprendere i bisogni dell'utenza, il posizionamento delle aziende concorrenti e il posizionamento dei propri servizi, 2) una fase decisionale per segmentare l'utenza e definire il posizionamento aziendale, 3) una fase più strettamente operativa (*Trusting Mix*), attraverso la quale programmare l'offerta in funzione dei segmenti e preparare l'organizzazione, e 4) una fase di verifica per la misurazione della fiducia e, in particolare, la valutazione della qualità dei servizi erogati, dell'equità nella distribuzione delle risorse e della *customer satisfaction*. È evidente che in sanità (2) questo processo non possa fare capo ad un'unica funzione, ma richieda l'approccio integrato di più funzioni: ed è questa distribuzione di responsabilità che rende complessa l'applicazione del *marketing* nelle aziende sanitarie.

Nel terzo paragrafo si presenta un caso di eccellenza di una realtà sanitaria — l'azienda Usl di Modena — dove, attraverso l'organizzazione di un Sistema di comunicazione e *marketing*, si è cercato proprio di integrare e coordinare fasi e funzioni del processo.

2. Il Trust Management: studio multidisciplinare e ultima frontiera del marketing

Tutte le relazioni tra soggetti e tra istituti sono interessate a vari livelli dalla fiducia: la fiducia permea i rapporti tra singoli individui e in questo contesto rappresenta oggetto di anali-

si per la psicologia; la fiducia favorisce i rapporti di collaborazione tra soggetti coinvolti nella medesima struttura organizzativa ed è pertanto oggetto di studio della sociologia e delle teorie dell'organizzazione orientate a comprendere il funzionamento dei meccanismi sociali che facilitano il conseguimento di obiettivi comuni; la fiducia tra aziende che collaborano a livello sia orizzontale sia verticale conduce ad alleanze e *joint venture*, e quindi interessa le teorie economiche volte ad approfondire soprattutto i sistemi per il governo delle transazioni e degli scambi, ma anche gli studi di *Strategic Management* e le discipline organizzative preoccupate soprattutto di comprendere il funzionamento e i meccanismi di governo delle relazioni collaborative fra imprese, nonché il *marketing* (3), interessato ad approfondire le relazioni fra imprese nei mercati dei beni industriali e nell'ambito dei canali distributivi; la fiducia è oggetto di studio del *marketing* anche perché rappresenta il costrutto alla base dello scambio tra un individuo o un'azienda che acquista e un'azienda che vende; inoltre la fiducia assume una particolare rilevanza per le imprese operanti nel settore dei servizi per il quale l'immaterialità dell'offerta è alla base dell'incertezza che permea tutto il processo di scelta dell'acquirente che, prima dell'acquisto, non ha la possibilità di accedere ad informazioni certe sul livello qualitativo: il rapporto impresa-mercato è perciò regolato dalla fiducia, quale risorsa in grado di ordinare la complessità che caratterizza le relazioni. Su questa tipologia di fiducia si sono sviluppati diversi contributi negli studi di *marketing* dei servizi e di *Quality Management* (4).

Ma esiste anche la fiducia riposta nelle istituzioni pubbliche, nei governi, nell'economia di un Paese e nella cosiddetta società, ed essa costituisce

oggetto di approfondimento prevalentemente da parte delle scienze politiche e della sociologia. Solo di recente anche gli studi di economia aziendale hanno iniziato a rileggere i rapporti tra pubblica amministrazione e cittadini nella prospettiva della fiducia (5). E in questa ottica si intende, una volta definito il concetto di fiducia, approfondire le relazioni di fiducia nel settore della salute.

Da quanto affermato emerge come sul costrutto della fiducia si sia concentrato l'interesse di numerose discipline che, nel tempo, in seguito a un naturale processo di convergenza, hanno sempre più connotato questi studi come multidisciplinari. Tuttavia tale multidisciplinarietà rende estremamente difficile attribuire una definizione univoca al concetto di fiducia (6). Castaldo (2002) ha sviluppato uno studio di *content analysis* sul significato del costrutto fiducia, ed è a tale studio che in questo articolo si fa riferimento al fine di identificare una definizione del concetto nonché i suoi principali antecedenti e conseguenze per poter, in ultima analisi, valutare l'applicabilità del *Trust Management* alle aziende sanitarie pubbliche.

Dallo studio citato emerge che le definizioni di fiducia si articolano prevalentemente su cinque categorie concettuali:

1) il *costrutto*: la fiducia è concettualizzata prevalentemente come un'aspettativa, una convinzione, una volontà, un atteggiamento;

2) i *soggetti* e gli *istituti* in cui è riposta la fiducia, che sono connotati da elementi caratterizzanti quali specifiche competenze, motivazioni non opportunistiche, valori che rappresentano i fondamentali antecedenti della fiducia;

3) le *azioni* e i *comportamenti*. Dal momento in cui un soggetto — individuo o azienda — si fida ciò si traduce in azioni da entrambe le parti: il

trustor pone in essere comportamenti coerenti con la fiducia (acquisto, fedeltà, voto, sostegno politico, ecc.); il *trustee* pone in essere azioni funzionali al raggiungimento degli obiettivi del *trustor*;

4) i *risultati*, che si prevedono positivi per il *trustor* e per il *trustee*;

5) la *rischiosità* della situazione decisionale: la fiducia ha rilievo solo dove sussiste una situazione di incertezza e di rischio (7) in cui il *trustor* si pone volontariamente in una situazione di vulnerabilità nei confronti del *trustee*.

La fiducia si può quindi definire in sintesi come «un'aspettativa che un soggetto con determinate caratteristiche (onestà, competenza, ecc.) compia in futuro, in situazioni di rischio percepito, azioni volte a produrre risultati positivi per il *trustor*». Le conseguenze di tale fiducia riposta dal *trustor* nel *trustee* consente di: 1) ridurre il grado di incertezza decisionale (Martin, 1991; Moorman, Deshpandé, Zaltman, 1993; Morgan, Hunt, 1994; Dion, Easterling, Miller, 1995); 2) accrescere il grado di *commitment* dei soggetti coinvolti (El Ansary, 1992; Moorman, Zaltman, Deshpandé, 1992; Moorman, Deshpandé, Zaltman, 1993; Morgan, Hunt, 1994; Zaheer, Venkatraman, 1995; Andaleeb, 1996; Kumar, 1996); 3) contenere il livello di conflitto (Shurr, Ozanne, 1985; Anderson, Narus, 1990; Martin, 1991; Morgan, Hunt, 1994); 4) determinare un maggior ricorso alle fonti di potere non coercitivo (Martin, 1991; Morgan, Hunt, 1994); 5) sviluppare equità e giustizia distributiva (Swann, Nolan, 1985); 6) aumentare il livello di soddisfazione e la qualità della relazione (Anderson, Narus, 1990; Martin, 1991; Moorman, Zaltman, Deshpandé, 1992; Moorman, Deshpandé, Zaltman, 1993; Andaleeb, 1996; Rich, 1997); 7) rendere più efficiente la comunica-

zione (Mohr, Nevin, 1990); 8) facilitare comportamenti collaborativi (Shurr, Ozanne, 1985; Young, Wilkinson, 1981; Moorman, Zaltman, Deshpandé, 1992; Moorman, Deshpandé, Zaltman, 1993; Andaleeb, 1996; Rich, 1997; Donney, Cannon, 1997; Smith, Barclay, 1997).

E proprio queste conseguenze della fiducia rappresentano oggi i principali obiettivi del *marketing* delle aziende sanitarie:

1) ridurre il grado di incertezza decisionale, ovvero dotare l'azienda di una visione strategica orientata agli effettivi bisogni della domanda, che consenta di costruire un'offerta basata sulle priorità che la stessa esprime. Conoscere in modo approfondito esigenze ed aspettative dei pazienti (8) e dei cittadini in generale in merito al bisogno di salute consente di orientare le risorse in maniera più razionale ed efficace;

2) accrescere il grado di *commitment*, ovvero di impegno e di coinvolgimento nella relazione, dei soggetti coinvolti. Nel settore della salute questo implica da una parte una maggiore attenzione da parte dell'azienda sanitaria alla gestione del paziente inteso come persona e non solo come malato, e una maggiore integrazione tra unità operative, ma anche tra ospedale e territorio al fine di garantire continuità nell'assistenza; dall'altra implica una maggiore disponibilità da parte del paziente a richiedere prestazioni in maniera più appropriata e una sua più consapevole partecipazione al processo di cura;

3) contenere il livello di conflitto relazionale. Oggi le aziende sanitarie stanno vivendo una rilevante crisi di legittimità, i cittadini nonché i pazienti risentono di pregiudizi rispetto all'offerta di servizi sanitari da parte delle strutture pubbliche e non raramente questo genera un'insoddisfazione diffusa, non sempre legata a rea-

li inefficienze nell'erogazione delle prestazioni, ma piuttosto ad aspettative negative. Da ciò derivano vari livelli di conflitto tra il paziente e la struttura o gli operatori, che non consentono di massimizzare l'utilità dei percorsi di cura. Investire sul *trust building* contribuisce a ridurre questo livello di conflittualità. Il conflitto non necessariamente si genera nella direzione paziente — operatore sanitario, può anche svilupparsi nella direzione opposta: operatore sanitario — paziente, quando l'operatore non ha fiducia nelle richieste del paziente che ritiene inappropriate, legate a una sua mancanza di conoscenze rispetto ai percorsi di cura, o legate a comportamenti opportunistici;

4) determinare un maggior ricorso alle fonti di potere non coercitivo. Un elevato livello di fiducia tra azienda e cittadini consente di non dover ricorrere a norme (come ad esempio forme di prevenzione obbligatorie) o a strumenti coercitivi (come ad esempio introduzione del *ticket* per le prestazioni in codice bianco al pronto soccorso) per modificare i comportamenti della domanda diretta, ma anche indiretta (es. aumento delle tariffe interne sulle prestazioni urgenti, controlli di appropriatezza sull'urgenza);

5) sviluppare equità e giustizia distributiva. In un contesto caratterizzato dalla scarsa disponibilità di risorse diventa sempre più necessario passare da un concetto di eguaglianza a un concetto di equità nella distribuzione delle risorse stesse. In ambito sanitario non è più possibile garantire a tutti ogni tipo di prestazione, diventa necessario individuare i principali bisogni della popolazione di un territorio rispetto alla salute. Ma differenziare le politiche di offerta senza generare insoddisfazione richiede un elevato grado di fiducia da parte dei cittadini nelle scelte dell'azienda, come d'altra parte richiede un'elevata fiducia da

parte dell'azienda nei confronti dei gruppi di interesse che si fanno portatori ed interpreti dei bisogni della domanda;

6) aumentare il livello di soddisfazione e la qualità della relazione. Si è già avuto modo di affrontare il tema dell'insoddisfazione diffusa nei confronti dell'offerta pubblica di servizi sanitari. Al di là di pregiudizi ed aspettative negative, la scarsa soddisfazione spesso è determinata dalle diverse priorità che influenzano i comportamenti degli operatori sanitari rispetto ai giudizi dei pazienti: a seguito della reale asimmetria informativa che caratterizza il settore ciò che per i professionisti della salute è qualità (efficacia tecnico-professionale della prestazione) non è facilmente valutabile dai pazienti, che pertanto focalizzano i loro giudizi rispetto alle dinamiche organizzative e relazionali dell'offerta (fruibilità e accessibilità dei servizi, disponibilità degli operatori, semplicità nell'acquisire informazioni, e così via). La fiducia consente avvicinare domanda e offerta nel valorizzare tutte le dimensioni della qualità della prestazione: tecnico-professionale, organizzativo-logistica e relazionale;

7) rendere più efficiente la comunicazione. Nell'ambito delle aziende sanitarie rendere più efficiente la comunicazione facilita l'azienda a riconoscere le effettive esigenze della domanda, nonché il paziente a comprendere l'offerta. Ciò consente di avviare un processo educativo nei confronti del paziente e di assicurare una migliore gestione futura del suo stile di vita più equilibrato rispetto alla esigenze della sua salute. La fiducia permette pertanto di modificare i comportamenti del paziente in un'ottica più salutista, anche una volta che questi è dimesso dalla struttura sanitaria, e quindi è funzionale alla prevenzione;

8) facilitare comportamenti collaborativi. I settori di servizi sono ca-

ratterizzati dalla contestualità tra erogazione e consumo, di conseguenza la partecipazione del paziente è fondamentale per poter garantire un efficace percorso di cura. La fiducia, sviluppando comportamenti collaborativi, semplifica le attività di erogazione dei servizi da parte dell'azienda sanitaria.

In sintesi, un'azienda sanitaria che sviluppi rapporti di fiducia con il proprio bacino di utenza riesce a distribuire le risorse in maniera più equa e a soddisfare in maniera più efficace sia i bisogni del territorio — organizzando al meglio l'offerta sulla base di reali e definite priorità — sia i bisogni del singolo paziente — grazie a una maggiore partecipazione dello stesso al processo di cura e a una migliore integrazione tra le diverse unità operative che grazie al presupposto della fiducia collaborano in maniera più efficace in vista del raggiungimento di un medesimo obiettivo chiaramente definito —. Inoltre sviluppa un maggiore orientamento alla prevenzione sia da parte dell'offerta — che risulta sensibilizzata alle politiche di lungo periodo — sia da parte della domanda — i cui comportamenti risultano più efficacemente «educabili» alle politiche della salute —.

La fiducia contribuisce in ultima analisi a migliorare le condizioni di salute di un territorio nonché ad accrescere il livello di partecipazione e di soddisfazione dei pazienti (9).

Di qui l'esigenza di sviluppare un modello di *Trust Oriented Marketing* in grado di accrescere la fiducia nell'ambito delle diverse relazioni che si instaurano nel settore della salute. Nonostante i citati obiettivi comuni tra il management della fiducia applicato alle imprese e il *Trust Management* applicato alle aziende sanitarie, non è possibile ipotizzare un trasferimento integrale delle logiche da uno all'altro, in quanto il contesto in cui opera l'azienda sanitaria è contraddistinto

da caratteristiche specifiche: dalla regolamentazione del mercato alla tipicità del cliente che è un paziente, e come tale non ha scelto non ha scelto di essere malato, e quindi in un certo qual modo subisce la prestazione, dall'asimmetria informativa tra chi eroga e chi usufruisce delle prestazioni al rapporto che esiste tra domanda e offerta dove l'acquirente quasi mai è il paziente e dove Stato e regioni svolgono un duplice ruolo di venditori ed acquirenti di prestazioni sanitarie.

Occorre pertanto pensare ad un modello di *Trust Oriented Marketing* costruito «ad hoc» per l'azienda sanitaria, Asl e ospedale, che tenga conto delle specificità del settore, e distinguere tra *marketing* della fiducia per le aziende sanitarie pubbliche e *marketing* della fiducia per le aziende sanitarie private in quanto è profondamente diversa la *mission* che le contraddistingue e di conseguenza la relazione fiduciaria che si instaura tra azienda e paziente/collettività. Se l'azienda sanitaria privata opera comunque avendo come obiettivo il profitto, l'azienda sanitaria pubblica ha come finalità il soddisfacimento dei bisogni di salute della collettività: quello che per una costituisce il mezzo per raggiungere l'obiettivo, ovvero il profitto, per l'altra rappresenta l'obiettivo, la ragion d'essere stessa dell'organizzazione. Sono anche profondamente differenti i bisogni ai quali le due tipologie di aziende rispondono: le aziende pubbliche hanno l'obbligo di operare nei settori della tutela della salute collettiva (profilassi delle malattie infettive, controlli nei cantieri e nelle industrie, controlli veterinari, ecc.) mentre l'azienda privata non è vincolata da scelte istituzionali e politiche, può selezionare i bisogni ai quali rispondere; inoltre l'azienda pubblica si rivolge alle «esigenze» del paziente nella misura in cui sono considerate parte della funzione pubblica, l'azienda privata

è libera di soddisfare qualunque tipo di aspettative del paziente, purché al costo che ne deriva corrisponda un congruo ricavo. Infine è differente il rapporto tra azienda sanitaria pubblica e cittadino, in quanto il cittadino/paziente non rappresenta solo il «cliente», ma è anche soggetto di istituto, i cui interessi devono essere pertanto di diritto (10) rappresentati nelle decisioni strategiche aziendali. Nel secondo paragrafo si propone un modello di *Trust Oriented Marketing* specifico per le aziende sanitarie, prodotto nel corso di una ricerca condotta dalla SDA Bocconi (11).

3. *Trust Oriented Marketing*: un modello per le aziende sanitarie

Il modello di *Trust Oriented Marketing* presentato in questo saggio si propone di raggiungere obiettivi che sono conseguenze dell'accrescimento della fiducia attraverso la gestione unitaria dei principali fattori determinanti della fiducia stessa.

Gli obiettivi, dei quali si è detto in chiusura del paragrafo precedente, possono essere idealmente aggregati in due macrocategorie: obiettivi legati alla relazione azienda sanitaria-territorio: miglioramento complessivo delle condizioni di salute sul territorio, soddisfazione dei cittadini, equità e giustizia distributiva, educazione sanitaria del territorio; ed obiettivi legati alla relazione azienda sanitaria-paziente: efficacia clinica, soddisfazione del paziente, educazione del paziente, appropriatezza; tali obiettivi insieme consentono di migliorare le performance aziendali intese come soddisfazione del principio di economicità.

Un secondo criterio di aggregazione è il criterio sequenziale (12) che classifica le conseguenze a seconda del tipo di fiducia dal quale derivano: 1) *fiducia legata all'identità valoriale*, che si manifesta allorquando vi sia

piena corrispondenza tra valori aziendali e i valori dei cittadini del territorio di riferimento, e che comprende equità e giustizia distributiva; 2) *fiducia calcolativa* (13) che dipende dal confronto tra le esigenze dei cittadini e dei pazienti e i benefici derivanti dalla relazione con l'azienda sanitaria, e che comprende: condizioni di salute del territorio, efficacia delle prestazioni e appropriatezza delle stesse; 3) *fiducia knowledge based*, che dipende dalla continuità delle interazioni con l'azienda fondate su un regolare flusso di informazioni e che comprende: soddisfazione dei cittadini e del paziente ed educazione sanitaria sia del territorio sia del paziente.

Sulla base di questo stesso criterio di aggregazione, di seguito si descrivono i fattori determinanti (14), o antecedenti della fiducia, associati in categorie in funzione degli obiettivi su cui principalmente impattano.

A. *Antecedenti che agiscono principalmente sull'equità e sulla giustizia distributiva (fiducia identificativa e valoriale)*

a. *Condivisione di obiettivi, valori, cultura* (Anderson, Weitz, 1989; Morgan, Hunt, 1994; Dion, Easterling, Miller, 1995; Doney, Cannon, 1997). Come si è avuto occasione di affermare a conclusione del paragrafo precedente il paziente è soggetto di istituto di un'azienda sanitaria pubblica, e come tale ne dovrebbe condividere obiettivi, valori e cultura. Questa dimensione della relazione tra cittadino ed azienda sanitaria va però perdendosi progressivamente: i modelli di partecipazione del cittadino alle scelte aziendali ad oggi si sono in gran parte indeboliti (15); tuttavia il tema oggi sta tornando di grande attualità: in particolare in Inghilterra si stanno sperimentando nuove forme di partecipazione dei cittadini alla ge-

stione della sanità pubblica [si pensi alle nuove istanze di partecipazione che si introdurranno nel 2003 in applicazione del piano *Involving Patients and the Public in Health Care: Patient Advice e Liason Service PALS* (16), *Independent Complainants Advocacy Service ICAS* (17), *Patients' Forum PF* (18), *Overview and Scrutiny Committees OSC* (19), *Commission for patient and Public Involvement in Health CPPIH* (20)]; ma anche nel nostro Paese il dibattito è oggi più che mai aperto [le aziende organizzano Uffici relazioni con il pubblico URP (21), Comitati consultivi misti (22), Piani per la salute (23), Carte dei servizi partecipate (24), ecc.]. Non è sufficiente che il cittadino partecipi alle scelte aziendali, ma è necessario che abbia anche una chiara percezione della propria partecipazione. Pertanto al concetto di condivisione di obiettivi, valori e cultura si affianca quello che gli è strettamente legato di giustizia procedurale.

b. *Giustizia procedurale* (Tyler, DeGoey, 1995 e 1996; Brockner, Siegel, 1996). Per giustizia procedurale si intende la rilevanza che il coinvolgimento del singolo o della comunità assume nel processo che determina la decisione, e la percezione che i soggetti hanno di poter incidere sulla decisione finale. Alcuni studi non focalizzati sul costrutto di fiducia (Oliver, Swan, 1989; Castaldo, 2002) considerano questa variabile un antecedente cognitivo dell'equità, ove questa venga associata ai risultati delle decisioni in merito alle allocazioni di risorse proponendo vari criteri per stabilire l'imparzialità della distribuzione. Perché cittadini e pazienti riconoscano l'equità nelle scelte strategiche delle aziende sanitarie occorre pertanto che percepiscano la giustizia procedurale nei processi di definizione delle strategie (25).

c. *Assenza di comportamenti opportunistici* (Martin, 1991; Andaleeb, 1992; Morgan, Hunt, 1994; Zaheer, Vankatraman, 1995; Dion, Easterling, Miller, 1995). La giustizia procedurale può anche essere letta in termini di assenza di comportamenti opportunistici: interpretazioni distorte di alcuni strumenti di *management* e di alcuni meccanismi organizzativi applicati alla sanità possono condurre a comportamenti contrari alla promozione della salute (dimissioni anticipate, esami inutili, ecc.); se il *trustee* avverte questa possibilità è naturalmente indotto a non fidarsi e questo può compromettere non solo la sua percezione in termini di equità e sulla sua soddisfazione, ma incide anche sulla sua propensione a seguire le indicazioni degli operatori sanitari e quindi, in ultima istanza, sulla sua salute.

B. *Antecedenti che agiscono sulle condizioni di salute del territorio, sull'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni (fiducia calcolativa)*

a. *Abilità e competenze* (Swann, Nolan, 1985; Swann, Trawick, Silva, 1985; Anderson, Weitz, 1989; Crosby, Evans, Cowles, 1990; Moorman, Deshpandè, Zaltman, 1993; Doney, Cannon, 1997; Selnes, 1998). Gli strumenti di *management* sono stati spesso considerati in sanità legati alle attività organizzative, mentre il modello che si propone di seguito non vuole prescindere dalla dimensione tecnico-professionale, quindi integra gli aspetti organizzativi con quelli clinici e relazionali; cerca pertanto di prendere in considerazione tutte le dimensioni della qualità (26). Tuttavia oltre alle competenze che l'azienda e suoi operatori devono avere, occorre che ad esse corrisponda anche una coerente *reputation* di affidabilità.

b. *Reputazione di affidabilità* (27). Nelle aziende sanitarie spesso l'immagine non è gestita, ma è subita dalle aziende e dalle singole unità operative. Poiché diversi studi (28) dimostrano l'impatto che la reputazione aziendale ha sulla qualità percepita, il modello di *Trust Oriented Marketing* deve anche essere in grado di rendere l'immagine una variabile controllabile e controllata, frutto del coordinamento, tra l'altro, delle immagini delle singole unità organizzative.

C. *Antecedenti che agiscono sulla soddisfazione dei cittadini e del paziente e sull'educazione sanitaria sia del territorio sia del paziente (fiducia knowledge based)*

a. *Orientamento al cliente* (Swann, Trawick, Silva, 1985; Anderson, Weitz, 1989; Crosby, Evans, Cowles, 1990; Moorman, Deshpandè, Zaltman, 1993). Nelle aziende sanitarie tale orientamento non si può ricondurre all'affermazione «il cliente ha sempre ragione» (Mintzberg, 1996): un ente pubblico orientato al cliente cerca di mantenere un rapporto equilibrato tra i vari obiettivi e interessi dell'istituzione; cerca di identificare e valutare ciò che è utile per i cittadini e i pazienti e lo confronta con il sacrificio che raggiungere l'obiettivo richiede; promuove una continua ricerca della soddisfazione del paziente, ma nel rispetto delle prerogative istituzionali. L'azienda sanitaria pertanto deve sviluppare la propria offerta tenendo conto non solo dei bisogni dei pazienti intesi come esigenze strettamente cliniche, ma anche delle aspettative (dividendo tra quelle «legittime», come gli aspetti legati all'informazione, e quelle che si potrebbero definire «arbitrarie», ovvero frutto di asimmetria informativa che ostacolano il percorso di cura o che non sono compatibili con le esigenze degli altri pazienti o con le

priorità aziendali). Ciò implica che il modello di *Trust Oriented Marketing* debba sviluppare oltre alle tradizionali forme di analisi epidemiologica e di analisi quantitativa della domanda, strumenti per l'analisi qualitativa.

b. *Investimenti specifici nella relazione* (Ganesan, 1994; Jap, 1999 e 2001), *passata esperienza e durata della relazione* (Shurr, Ozanne, 1985; Swann, Nolan, 1985; Young, Wilkinson, 1981; Anderson, Weitz, 1989; Crosby, Evans, Cowles, 1990; Moorman, Deshpandè, Zaltman, 1992; Hyvonen, 1993; Ganesan, 1994; Doney, Cannon, 1997). Un'azienda orientata al cliente non investe solo in strumenti per la conoscenza delle esigenze (e come si è affermato delle aspettative) dello stesso, ma deve mettere il cliente anche in condizione di percepire questo orientamento, in quanto solo quando il *trustor* percepisce che il *trustee* affronta investimenti specifici nella relazione aumenta la fiducia, e quindi investe in tutte le dimensioni del rapporto e nella continuità: la gestione del rapporto interpersonale, la pianificazione della comunicazione e dell'informazione, l'educazione sanitaria, l'adozione di modelli per la continuità nell'assistenza, la definizione di data base relativi ai singoli pazienti e così via. La relazione con il paziente va mantenuta anche quando egli è dimesso, e va alimentata attraverso varie forme di comunicazione o attraverso l'integrazione con la medicina di base, al fine di accrescere la fiducia da parte del paziente nei confronti dell'istituzione sanitaria e di migliorare l'efficacia della prestazione, nonché di valutare tale efficacia nel lungo periodo.

A queste determinanti alcuni autori (29) aggiungono ulteriori tre variabili — comunicazione, soddisfazione e collaborazione — considerandole al contempo quali antecedenti della fiducia, ma anche come sue di-

rette conseguenze. In una prospettiva dinamica, infatti, queste variabili sono legate in un rapporto circolare con la fiducia: verifiche empiriche (30) dimostrano come la comunicazione svolta in passato, la soddisfazione per l'esperienza a un tempo t^{-1} , il livello di cooperazione sperimentato, influiscano in maniera positiva sulla fiducia; tale fiducia sviluppata, a sua volta, a un tempo t^{+1} semplifica poi la comunicazione, accresce il livello di soddisfazione, facilita la collaborazione, manifestando così un rapporto di interdipendenza di tipo circolare tra antecedenti e conseguenze. Coerentemente con questo approccio il modello di *Trust Oriented Marketing* ha queste tre variabili come obiettivo, ma soprattutto le considera quali determinanti fondamentali nel processo di creazione della relazione fiduciaria e quindi li sviluppa come strumenti. In particolare si occupa della comunicazione operatore — paziente, ma soprattutto della comunicazione sistematica azienda — paziente e azienda territorio (informazione, prevenzione, educazione, partecipazione); si propone di sviluppare strumenti che accrescano la collaborazione paziente-operatore, ma anche intraorganizzativa e tra enti e azienda sanitaria (gestione per processi e per percorsi); attiva meccanismi per lo sviluppo della soddisfazione del cittadino e del paziente e per il suo continuo monitoraggio.

La figura 1 sintetizza in un unico modello antecedenti (o determinanti) e conseguenze (obiettivi) della fiducia riferiti al settore della salute.

Il processo per il raggiungimento di questi obiettivi, come si è affermato nell'introduzione, è composto di quattro momenti logici: 1) una fase analitico-conoscitiva che ha l'obiettivo di individuare il fabbisogno di offerta di servizi sanitari da parte del territorio e le specifiche esigenze dei principali segmenti di utenza; 2) una fase deci-

sionale che si propone di posizionare l'offerta in direzione della domanda distribuendo in maniera equa le risorse e che quindi si pone l'obiettivo di garantire la giustizia distributiva; 3) una fase operativa di gestione delle leve del *marketing* per l'effettiva realizzazione del posizionamento attraverso l'influenza sulle variabili antecedenti della fiducia; e infine 4) una fase di verifica del raggiungimento degli obiettivi di fiducia sia rispetto alla relazione azienda-territorio sia rispetto alla relazione azienda-paziente.

4. La fase analitico conoscitiva: comprendere l'utenza al fine di garantire equità e giustizia distributiva

Il processo di analisi ha come obiettivo la determinazione delle alternative di sviluppo dell'azienda e dei propri servizi in coerenza con l'ambiente circostante attraverso la capacità di cogliere i bisogni e le esigenze espresse dalla collettività e le opportunità di miglioramento dei servizi derivanti dai cambiamenti tecnologici, demografici, sociali, culturali e normativi. L'analisi si sviluppa attraverso l'osservazione dell'ambiente di riferimento esterno ed interno all'organizzazione, ed è riconducibile ad almeno due categorie principali:

- analisi del macroambiente;
- analisi delle relazioni, che a sua volta si compone di
 - 1) analisi della domanda;
 - 2) analisi dell'offerta e del settore;
 - 3) analisi interna.

L'*analisi del macroambiente*, ovvero delle grandi tendenze di fondo demografiche, economiche, tecnologiche, epidemiologiche, politiche e sociali consente all'azienda di valutare le caratteristiche dell'ambiente nel quale la relazione di fiducia si sviluppa, e quindi di individuare eventuali

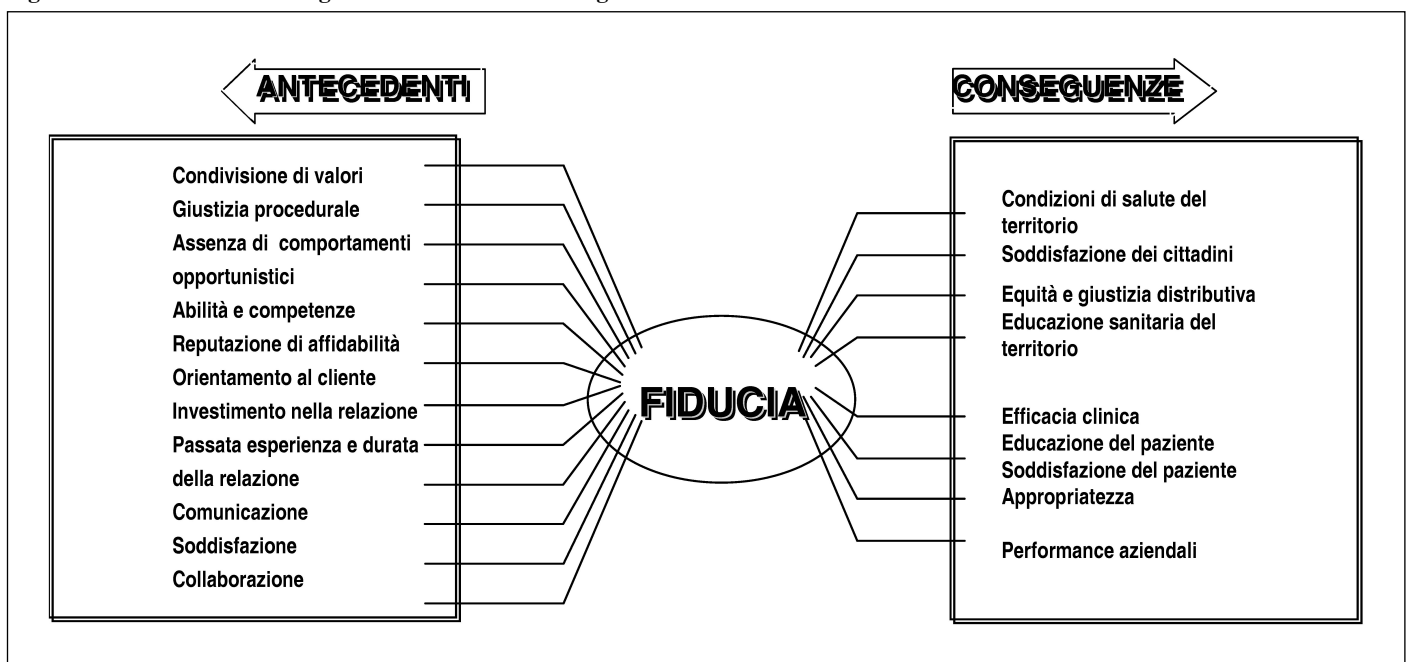
opportunità e minacce. In particolare, attraverso l'analisi del macroambiente si possono evidenziare bisogni emergenti, nuove categorie di utenti o potenziali nuovi strumenti. Come si è avuto più volte occasione di affermare la conoscenza è alla base della fiducia. L'analisi ha per oggetto le variazioni nelle dinamiche sociali, ad esempio la verifica del *trend* dell'immigrazione ha l'obiettivo di garantire una personalizzazione dei servizi che rispetti le differenze culturali della nuova utenza e di sviluppare la capacità di gestire le interrelazioni e favorire l'integrazione tra l'utenza tradizionale e la nuova utenza. Si osservano inoltre le dinamiche demografiche, quali l'invecchiamento della popolazione e l'allargamento delle patologie croniche ed invalidanti, al fine di promuovere lo sviluppo dei sistemi di assistenza sanitaria di base e di reti integrate di servizi socio-sanitari-assistenziali che rispondano al meglio alla domanda e che consentano il contenimento dei ricoveri impropri presso le strutture

ospedaliere. Dall'osservazione della propensione al consumo dei farmaci possono partire progetti volti a sensibilizzare i cittadini ad un utilizzo consapevole e corretto dei farmaci; sotto il profilo tecnologico il monitoraggio degli sviluppi delle potenzialità di reti Internet e Intranet, consente di valutare le possibili applicazioni nei servizi sanitari; e così via.

L'analisi del macroambiente, inoltre, consente di monitorare periodicamente il «ciclo di vita» della funzione, ovvero dell'area di bisogni che il servizio erogato si propone di soddisfare. Le funzioni, infatti, nella fase di introduzione, sono in genere mirate a specifici gruppi di utenti e quindi risulta più agevole individuare i servizi idonei a rispondere al bisogno. Non solo, ma nella fase di «introduzione» sono accettati, o addirittura giudicati soddisfacenti, servizi di non elevata qualità in quanto l'esistenza del servizio pubblico è considerata di per sé elemento positivo. Nella fase di «sviluppo» della funzione sono richiesti servizi e mo-

dalità di erogazione degli stessi idonei a sopportare una domanda in rapida espansione. Nella fase di «maturità» delle funzioni, quando l'intervento pubblico assume le caratteristiche del diritto acquisito, tendono a diventare più rilevanti gli aspetti qualitativi dei servizi. La mancanza di alcuni elementi qualitativi, ritenuti accessori o secondari dal punto di vista strettamente tecnico in riferimento allo scopo principale del servizio, possono determinare nell'utenza valutazioni negative simili a quelle determinate dalla mancanza del servizio. La produzione di servizi privi di quelle caratteristiche qualitative costituisce uno spreco di risorse in quanto non soddisfa il bisogno dell'utenza che, in genere, si pone alla ricerca di alternative all'intervento pubblico (Borgonovi, 2000). L'analisi del ciclo di vita delle funzioni all'interno del macroambiente di riferimento consente di identificare le caratteristiche del servizio più adeguate alle esigenze dell'utenza in ciascuna fase specifica, e quindi di af-

Figura 1 - Modello di sintesi degli antecedenti e delle conseguenze della fiducia



fermare l'orientamento al cliente e di conseguenza, di porre le basi per la fiducia.

Una volta ottenute (31) le informazioni rilevanti sul macroambiente, il processo di *Trust Oriented Marketing* analizza le principali relazioni all'interno del sistema di offerta: relazioni con il bacino di utenza, con i gruppi di rappresentanza dei cittadini, con gli enti *non profit* e le organizzazioni di volontariato (analisi della domanda), con le altre strutture di offerta di servizi sanitari e socio assistenziali (analisi dell'offerta e del settore), con i propri operatori sanitari ed amministrativi (analisi interna).

L'*analisi della domanda* ha l'obiettivo di evidenziare l'evoluzione dei bisogni dell'utenza e di individuarne i trend previsti al fine di adeguarvi l'offerta. Questo processo, che rappresenta un concreto investimento nella relazione, garantisce un adeguato livello di giustizia procedurale attraverso il sistematico coinvolgimento della domanda prima della distribuzione delle risorse. Esso si compone di tre metodologie di indagine: l'analisi epidemiologica, finalizzata ad individuare il fabbisogno sanitario del territorio di riferimento; l'analisi quantitativa finalizzata a conoscere gli scostamenti tra domanda potenziale (32), domanda primaria (33) e domanda secondaria (34) al fine di distinguere le priorità sulla base delle effettive esigenze dei cittadini-pazienti e di analizzarne il loro livello di copertura sul territorio; l'analisi qualitativa, ovvero l'analisi dei comportamenti di consumo e dei processi di accesso ai servizi, che ha l'obiettivo di indagare gli elementi qualitativi sui quali la domanda si fonda, che di norma si esplicitano durante il percorso di accesso ai servizi e al momento di fruizione degli stessi.

Grazie all'analisi della domanda l'azienda (nel suo complesso o a livello di singole unità operative) è in gra-

do di assumere le decisioni riguardanti: le modalità di classificazione dell'utenza al fine di personalizzare l'offerta di servizi; cosa offrire ai singoli segmenti (anche in termini di benefici e di costi, ovvero decisioni relative alle componenti delle prestazioni e alle eventuali tariffe), come comunicare l'offerta e come renderla disponibile. L'analisi della domanda può essere svolta attraverso la costruzione di strumenti di indagine *ad hoc* oppure attraverso l'utilizzo di informazioni disponibili in azienda che si rilevano per altre finalità (35) (ad esempio per rispondere ad esigenze normative).

L'*analisi dell'offerta* per le aziende pubbliche non assume gli stessi obiettivi che essa riveste per le aziende private. L'obiettivo non è quello di sottrarre domanda ai concorrenti, ma valutare il corretto posizionamento della propria offerta al fine di non lasciare scoperte delle aree di bisogno primarie dei pazienti e migliorare la soddisfazione della propria utenza. Attraverso tale analisi, infatti, l'azienda si propone di individuare i settori di attività nei quali la concorrenza è effettiva, i settori dove essa è potenziale (ed in questo caso è essenziale identificare i fattori che possono trasformare la concorrenza da potenziale ad effettiva), i settori nei quali esistono barriere di carattere istituzionale (espliciti divieti nei confronti di forme alternative di svolgimento dei servizi), operativo ed economico-finanziario all'entrata di concorrenti. In questi ultimi settori l'eventuale insoddisfazione dell'utente si traduce in termini di immagine negativa e di conseguenza «sfiducia» nell'azione pubblica, mentre nei primi e nei secondi l'insoddisfazione può originare comportamenti di «fuga» dal servizio tali da produrre effetti negativi di tipo moltiplicativo sulle condizioni non solo economiche, ma anche di svolgimento dei servizi. Ad esempio in chirurgia un numero limi-

tato di interventi può determinare il rischio di dequalificazione dell'organizzazione.

L'obiettivo principale dell'*analisi interna* è cercare di comprendere il contesto aziendale entro il quale si sviluppano le relazioni tra operatori, e tra operatori e pazienti: il cosiddetto «clima interno», presupposto centrale per sviluppare strategie e politiche di comunicazione e collaborazione. È decisiva pertanto per analizzare: 1) come funziona l'organizzazione; 2) quali sono i meccanismi concreti che inducono le persone ad impegnarsi nel miglioramento della qualità (meccanismi premianti, spirito di appartenenza all'organizzazione); 3) quali sono le risorse disponibili; 4) qual è l'entità dell'investimento necessario per adeguare apparati, strutture e strumenti alle finalità e alle politiche aziendali; 5) qual è lo stato delle relazioni interne (clima interno in senso stretto). L'analisi dell'organizzazione aziendale in genere avviene attraverso l'analisi dei documenti strategici, come l'atto aziendale, ed organizzativi (come funziona l'organizzazione e meccanismi di incentivazione); la mappatura dei mezzi di comunicazione esistenti in azienda, come fax, *e-mail*, PC collegati alla rete interna, PC collegati alla rete esterna, ecc. (risorse disponibili ed eventuali investimenti necessari); questionari che indagano le modalità e l'efficacia della comunicazione interna, lo stile di *leadership*, la soddisfazione degli operatori nei confronti del proprio lavoro, ecc. destinati a dirigenza, comparto, ecc. (clima interno).

In sintesi gli strumenti della fase analitico-conoscitiva consentono all'azienda di garantire equità e giustizia distributiva attraverso la conoscenza e la valutazione dei bisogni sanitari attuali ed emergenti della popolazione del territorio di riferimento — analisi del macroambiente, analisi

epidemiologica, analisi quantitativa e analisi dell'offerta — e, attraverso la conoscenza delle aspettative dei diversi segmenti di utenza e delle potenzialità dell'organizzazione interna — analisi qualitativa della domanda e analisi interna —, pongono i presupposti per costruire un rapporto di fiducia con l'utenza in grado di migliorare l'efficacia delle prestazioni, la soddisfazione del paziente e la sua propensione ad accettare processi di educazione sanitaria posti in essere dall'azienda sanitaria.

5. La fase decisionale: definire il posizionamento dell'azienda e dei servizi al fine di migliorare le condizioni di salute del territorio e l'efficacia delle prestazioni

L'azienda sanitaria non si rivolge a bisogni o ad esigenze indistinte. Le società progredite si caratterizzano proprio in virtù del fatto che bisogni identici nella loro natura essenziale, come il bisogno di assistenza agli anziani, si manifestano con una molteplicità di richieste: case protette, assistenza domiciliare, ricovero, e così via. È pertanto necessario conoscere in modo puntuale le caratteristiche di queste richieste per poter organizzare una risposta che a sua volta sia varia e differenziata, coerentemente con le esigenze espresse a livello locale. Le politiche di posizionamento (36) si propongono di migliorare continuamente il grado di conoscenza delle caratteristiche che differenziano domande di servizi apparentemente simili e di fare in modo che tale conoscenza sia continuamente aggiornata e proiettata nel futuro e non sia fondata su schematiche e semplicistiche categorizzazioni utilizzate per scopi operativi ed amministrativi. Le scelte relative al posizionamento riguardano pertanto: quali clienti soddisfare [quale o quali segmenti (37) di mercato rag-

giungere in via prioritaria] e in che modo differenziare la propria offerta.

Nella fase decisionale pertanto l'azienda sanitaria, sulla base delle risorse a disposizione, seleziona il proprio territorio di azione al fine di costruire un sistema di offerta e una propria *reputation* che accrescano la fiducia calcolativa e di conseguenza migliorino le condizioni di salute del territorio — attraverso una migliore copertura dei bisogni — e favoriscano l'efficacia delle prestazioni — attraverso un'offerta più specifica rispetto alle esigenze dei singoli segmenti —.

6. La fase operativa: il *Trusting Mix*, ovvero l'integrazione degli strumenti per l'accrescimento della fiducia

Le scelte di *marketing* in tema di posizionamento e definizione dei segmenti obiettivo trovano concreta attuazione nella definizione di variabili operative di azione: la combinazione delle leve operative che contribuiscono a costruire l'offerta dell'azienda si definiscono *Trusting Mix* e, nel settore sanitario, sono: 1) la definizione dei servizi essenziali, 2) la costruzione dei percorsi del paziente, 3) le politiche di offerta allargata, 4) la comunicazione interna, 5) la comunicazione esterna, 6) le politiche di educazione e promozione della salute.

Definire i *servizi essenziali* e costruire i *percorsi clinici* del paziente vuol dire definire *cosa i pazienti ricevono*, ovvero quali prestazioni l'azienda eroga e *in che modo sotto il profilo tecnico-professionale*. Rientrano nelle modalità di definizione di questa leva i protocolli scientifici e le linee guida. Queste due variabili impattano principalmente sulla fiducia calcolativa e quindi sulle condizioni di salute della popolazione di un territorio, sull'efficacia clinica delle prestazioni e sull'appropriatezza.

L'*offerta allargata* rappresenta la scelta dei principali attributi del servizio e comprendono scelte di accessibilità (accessibilità del luogo, comodità e facilità di prenotazione delle prestazioni, orario delle visite); scelte legate alla facilità di uso delle *physical evidence* (presenza di infrastrutture che agevolino l'ingresso ai portatori di *handicap*, definizione delle modalità di pagamento e tipo di pagamento accettato, i contributi all'accessibilità da parte del personale, il numero di persone dedicate al *front line*); scelte legate alla facilità di partecipazione per l'utenza (istruzioni impartite dal *front line* relative alle modalità di uso dei farmaci o sulle prescrizioni da seguire dopo il ricovero o la visita specialistica). All'interno delle scelte di offerta allargata rientrano anche le scelte riguardanti le innovazioni nei percorsi di erogazione degli stessi. Questa variabile del *Trusting Mix* impatta prevalentemente sulla fiducia *knowledge based* e quindi sulla soddisfazione dei cittadini e dei pazienti e sulla disponibilità degli stessi ad accettare le politiche di educazione sanitaria promosse dall'azienda.

La *comunicazione interna* è un processo che si esplicita attraverso: a) la pianificazione della comunicazione, che consiste nel definire un obiettivo all'interno della strategia complessiva dell'ente e nello strutturarlo in un piano di comunicazione che definisca messaggi e canali di comunicazione; b) la diffusione interna all'azienda di informazioni relative alla salute (es. campagne di prevenzione e di sicurezza); c) la diffusione di informazioni relative all'azienda nel suo complesso; d) la diffusione interna di informazioni relative ai singoli servizi (es. orari di apertura); e) la valutazione delle politiche di comunicazione. Questa variabile impatta sulla dimensioni intraorganizzativa della fiducia, ma ha rilevanza anche nelle relazioni tra azienda

e territorio e soprattutto tra azienda e paziente in quanto favorisce la partecipazione, la collaborazione e rappresenta anche un presupposto per un'efficace comunicazione esterna; di conseguenza impatta, anche se indirettamente, sia sulla fiducia calcolativa sia sulla fiducia *knowledge based*.

La *comunicazione esterna* è un processo che, similmente alla comunicazione interna, si esplicita attraverso a) la pianificazione della comunicazione, che consiste nel definire un obiettivo all'interno della strategia complessiva dell'ente e nello strutturalo in un piano di comunicazione che definisca messaggi e canali di comunicazione; b) l'erogazione di informazioni relative all'azienda nel suo complesso; c) l'erogazione di informazioni relative ai singoli servizi; d) la valutazione delle politiche di comunicazione. Tra gli strumenti di comunicazione esterna riveste un ruolo fondamentale la carta dei servizi (38) in quanto in essa si sostanziano i principi propri della comunicazione: la Carta rappresenta infatti un patto tra azienda sanitaria e paziente-territorio.

Si è avuto occasione di affermare nel primo paragrafo come la comunicazione costituisca sia un antecedente che una conseguenza della fiducia; essa è uno strumento particolarmente rilevante perché consente al *trustor* di venire a conoscenza dei servizi offerti e delle competenze del *trustee*, e quindi diventa una variabile critica perché fa sì che le dimensioni sostanziali della fiducia (condivisione dei valori, giustizia procedurale, abilità e competenze, orientamento al cliente) vengano di fatto percepite dal *trustor* e quindi impatta pesantemente su tutte e tre le tipologie di fiducia: valoriale, calcolativa e *knowledge based*.

L'*educazione del paziente* e le campagne di prevenzione rappresentano l'ultima leva del *Trusting Mix*. Affinché l'offerta di prestazioni assi-

stenziali sia efficace sia sul paziente sia rispetto al territorio (miglioramento delle condizioni di salute), occorre che il cittadino e l'utente adottino dei comportamenti orientati al mantenimento o al miglioramento della salute; ma per far sì che il paziente e il cittadino accettino i messaggi educativi e quindi rispondano positivamente alle campagne di prevenzione, occorre che essi si fidino dell'istituzione che le propone. È pertanto necessario che l'azienda consideri le relazioni con l'utente e con il territorio, in una prospettiva di lungo periodo e quindi in chiave di «durata» della relazione. Perché ci siano i presupposti per l'efficacia della campagna non la si può pertanto considerare un'attività indipendente dal processo di *Trust Oriented Marketing*, la sua progettazione deve essere coerente con le fasi di analisi, di posizionamento e, soprattutto, con le altre leve del *Trusting Mix*: una *brochure* sui corretti stili di vita consegnata al momento della dimissione del paziente, e quindi inserita in un percorso di cura, risulta spesso essere più efficace di una campagna proposta sui principali media.

Quest'ultima considerazione sulla coerenza vale per tutte le variabili del *Trusting Mix*, la cui efficacia ed impatto sulla fiducia dipende non solo dalla progettazione delle singole leve e dalla coerenza con la fase analitico-conoscitiva e la fase decisionale, ma anche dalla coerenza (e quindi dalla progettazione e gestione congiunta) di tutti gli strumenti (un servizio essenziale efficace, ma di difficile accesso perché caratterizzato da una lunga lista di attesa o non efficacemente comunicato piuttosto che una prestazione tecnicamente efficace, ma non accompagnata da un comportamento educato alla salute da parte del paziente non possono in ultima analisi garantire il successo dell'azione sanitaria).

7. La fase di valutazione: misurare la fiducia nelle relazioni

Il processo di *Trust Oriented Marketing* si conclude con la fase di valutazione che ha l'obiettivo di misurare l'impatto che le scelte in merito al posizionamento e le decisioni di *Trusting Mix* hanno avuto sulle tre dimensioni della fiducia: valoriale, calcolativa e *knowledge based*.

È noto come ciò che non viene misurato non può essere in alcun modo migliorato.

Tuttavia misurare la fiducia presenta diversi aspetti di criticità. In questo articolo se ne presentano in particolare due:

1) la definizione degli indicatori in assenza di un unico costrutto condiviso;

2) i soggetti sui quali procedere con la rilevazione.

In assenza di univoco costrutto fiduciario i soggetti coinvolti nell'indagine campionaria potrebbero attribuire al concetto di fiducia un significato diverso rispetto a quello attribuito dal ricercatore. Di conseguenza può essere utile ricorrere ad indicatori indiretti che misurino la percezione che il *trustor* ha degli antecedenti della fiducia nella relazione con il *trustee* a cui affiancare la misurazione delle conseguenze. Ad esempio si potrebbe rilevare l'affidabilità percepita del *trustee*, il livello di orientamento al cliente percepito dal *trustor*, il livello di partecipazione alle scelte strategiche percepito e così via; e contestualmente misurare il *trend* delle patologie (condizioni di salute del territorio), la soddisfazione dei cittadini e dei pazienti, l'efficacia delle campagne di prevenzione e così via. Tuttavia questo percorso può portare a misurare indicatori la cui relazione con i costrutti concettuali che si intende rilevare non è sempre immediata (39).

La seconda criticità riguarda i soggetti sui quali procedere con la rilevazione: le relazioni oggetto di indagine non riguardano il solo paziente, ma anche il paziente potenziale e il cittadino, specie per le valutazioni relative alla fiducia valoriale. In questo caso possono essere utili indagini esplorative di differenziale semantico condotte sul bacino di utenza.

In ogni caso il principale obiettivo della rilevazione è di individuare le cause di eventuali scostamenti tra i servizi erogati e i bisogni al fine di migliorare la progettazione del *Trusting Mix* nell'ottica di un continuo percorso di apprendimento per l'accrescimento della fiducia. La figura 2 riporta

una sintesi del processo di *Trust Oriented Marketing*.

8. Conclusioni

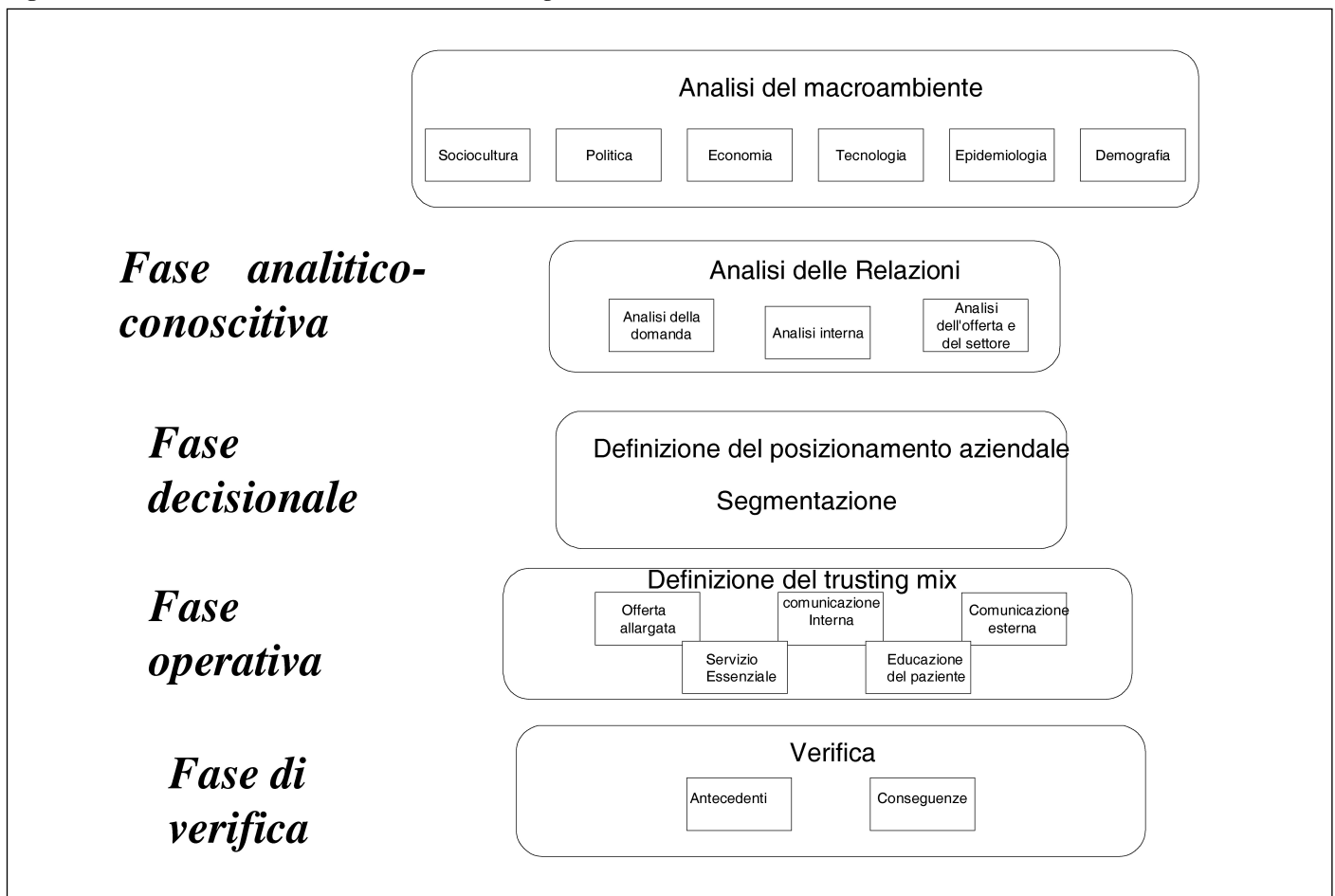
Molte delle attività e degli strumenti previsti dal processo di *Trust Oriented Marketing* presentati in questo saggio sono ad oggi già disponibili e ampiamente diffusi nelle aziende sanitarie italiane. Tuttavia l'utilizzo di tali strumenti in molti casi è scarsamente integrato, in particolare la fase strategica è di frequente poco legata alla fase operativa, cosicché spesso si assiste a una scarsa applicazione delle informazioni derivanti dalla fase analitico-conoscitiva per la progettazione

o il miglioramento dei servizi. Ciò avviene anche perché, come si è affermato nell'introduzione, le funzioni che partecipano al processo sono molteplici e non vi sono meccanismi di coordinamento efficaci.

L'Asl di Modena nel settembre 2000 ha istituito il Sistema comunicazione e *marketing*, una funzione che ha l'obiettivo di attuare le «politiche della salute» proprio attraverso il coordinamento delle fasi analitico-conoscitiva, decisionale, operativa e di verifica. Il Sistema comunicazione e *marketing* si compone di cinque unità organizzative:

- 1) *Marketing* analitico;
- 2) Terzo settore;

Figura 2 - Sintesi del modello di *Trust Oriented Marketing*



- 3) Urp;
- 4) Stampa e media;
- 5) Educazione alla salute,

ed è posto in relazione diagonale (40) con il «laboratorio formativo del cittadino competente» del CeVEAS, Centro per la valutazione dell'efficacia dell'assistenza sanitaria, e con lo Sportello prevenzione del Dipartimento di sanità pubblica.

Nonostante non si dichiarino un obiettivo di accrescimento della fiducia e nonostante il processo non venga definito di *Trust Management*, ma di *Marketing*, le attività poste in essere da queste sette unità organizzative e coordinate dal Sistema comunicazione e *marketing* sono molto vicine al modello presentato in questo saggio.

L'unità organizzativa *Marketing* analitico si occupa di analizzare i contesti demografici, sociali ed economici in cui opera Asl collegandoli alle caratteristiche epidemiologiche della popolazione modenese, quindi svolge attività di analisi macroambientale e quantitativa dei bisogni di salute finalizzata all'elaborazione dei Piani per la salute (41), per la realizzazione dei quali assicura il supporto tecnico necessario. Fornisce inoltre strumenti analitici per l'individuazione dei segmenti, utili alla definizione degli interventi di promozione della salute per la costruzione delle politiche di offerta allargata del Piano per la salute e all'elaborazione delle strategie di comunicazione aziendale e del Piano per la salute (che nel modello presentato fanno parte del *Trusting Mix*). Infine studia e rende fruibile alle diverse unità organizzative aziendali il posizionamento del sistema sanitario modenese (*analisi interna*) nel panorama nazionale e regionale per le variabili di salute, sanitarie e di contesto. Impatta pertanto su due antecedenti del costruito di fiducia: l'investimento nella relazione — in quanto la funzione rappresenta un investimento siste-

matico in attività volte alla conoscenza delle esigenze e delle aspettative dei pazienti — e la giustizia procedurale — in quanto investiga sui bisogni non solo espressi dai pazienti, ma afferenti alla popolazione del territorio di riferimento, al fine di garantire il rispetto dell'equità nelle scelte strategiche —.

L'unità organizzativa Terzo settore ha lo scopo di facilitare le relazioni con le associazioni di volontariato, le cooperative sociali e le fondazioni della Provincia. In particolare questa funzione si occupa di coordinare e di supportare le unità operative aziendali nei rapporti con il volontariato sia in termini di costituzione di meccanismi sistematici di ascolto e partecipazione — Comitati consultivi misti (42) che trasferiscono all'azienda i bisogni dei cittadini e che partecipano alla definizione dei parametri e alla verifica della qualità delle prestazioni assistenziali —, sia sviluppando collaborazioni e convenzioni all'atto dell'erogazione dei servizi. L'unità organizzativa Terzo settore contribuisce pertanto alla fase analitico-conoscitiva del processo di *Trust Oriented Marketing* e partecipa alla definizione del *Trusting Mix* e alla fase di verifica. In particolare garantisce alcuni dei principali antecedenti della fiducia: la condivisione di valori, la giustizia procedurale, l'investimento nella relazione, e la collaborazione, contribuendo a determinare equità e giustizia distributiva nelle relazioni tra azienda e territorio di riferimento e soddisfazione da parte dei cittadini e dei pazienti.

L'Ufficio relazioni con il pubblico (43) è il servizio che ha il compito di organizzare la comunicazione circolare (la comunicazione esterna presentata nel modello) tra l'Azienda e i cittadini del territorio modenese. Esso collabora con l'unità organizzativa Terzo settore rappresentando un canale di comunicazione e di collaborazio-

ne con i Comitati consultivi misti, le associazioni di volontariato e di tutela dei diritti dei cittadini. Fornisce ai pazienti informazioni sui servizi, sui percorsi, sulle modalità di accesso alle prestazioni sanitarie e raccoglie segnalazioni, suggerimenti e reclami; avvia processi di rilevazione della *customer satisfaction*; garantisce la trasparenza ed è responsabile della semplificazione degli atti e delle procedure amministrative (*meccanismi che fanno parte della progettazione dell'offerta allargata di servizio*). Rispetto al processo di sviluppo della fiducia costituisce una funzione fondamentale: potenzia la comunicazione e la collaborazione, due dei principali antecedenti del costruito, rileva la soddisfazione dei pazienti — quella dei cittadini è rilevata dal Terzo settore — e contribuisce a garantire la giustizia procedurale.

L'unità organizzativa Stampa e media prepara la rassegna stampa, cura la redazione dei comunicati, organizza le conferenze ed è responsabile del portale aziendale. Inoltre cura la rivista trimestrale di informazione socio-sanitaria «La nostra salute» che riporta notizie, *dossier* e inchieste sulle varie patologie, le cure, i servizi erogati dalle Aziende sanitarie e i tempi di attesa per le prestazioni. Attraverso tale rivista l'azienda compie pertanto un'attività sistematica di educazione dei cittadini (e quindi non solo dei pazienti), nonché di informazione e di trasparenza, quindi contribuisce all'organizzazione di due variabili del *Trusting Mix*: *educazione alla salute* e *comunicazione esterna*. Inoltre si occupa della redazione dell'*House Organ* aziendale «Noi Usl», inviato mensilmente ai circa 6.000 dipendenti dell'azienda, contribuendo pertanto a sviluppare una terza leva del *Trusting Mix*: la *comunicazione interna*. Ha impatto pertanto sugli antecedenti: comunicazione, percezione da parte del cittadino di

abilità e competenze dell'Azienda e reputazione di affidabilità.

L'unità operativa Educazione alla salute coordina le attività di educazione, formazione e comunicazione del rischio avvalendosi di una struttura organizzativa costituita da un gruppo di referenti di dipartimento e da un gruppo di referenti di distretto e coinvolge attivamente anche soggetti esterni all'azienda: enti locali, enti ed esercizi pubblici, volontariato ed enti *non profit*, servizi sanitari. Presidia pertanto la variabile *educazione* del *Trusting Mix* con una logica partecipativa con effetti sugli antecedenti della fiducia: collaborazione, abilità e competenze e reputazione di affidabilità.

Oltre che delle proprie unità organizzative, il Sistema comunicazione e *marketing* si avvale del «laboratorio formativo per il cittadino competente» del Ce.V.E.A.S, Centro per la valutazione della efficacia della assistenza sanitaria. Istituito per iniziativa della Asl di Modena e della Azienda Policlinico di Modena nel 1999 il centro ha come obiettivo la valutazione della appropriatezza degli interventi sanitari e la promozione di interventi di dimostrata efficacia. Attraverso la revisione sistematica e l'analisi critica delle informazioni scientifiche fornisce un supporto informativo e metodologico a medici, operatori sanitari e cittadini rendendoli partecipi del processo di valutazione di efficacia degli interventi sanitari.

In sintesi le principali attività del CeVEAS (44) legate al processo di *Trust Oriented Marketing* sono:

— predisporre linee-guida, attività che rientra nella definizione del *servizio essenziale* e dei percorsi del paziente che ha impatto sulle competenze aziendali (antecedente della fiducia);

— valutare l'appropriatezza e organizzazione di *audit* strutturati, attività che si possono ricondurre alla fase di

verifica: la valutazione dell'appropriatezza, infatti, rappresenta parte dell'analisi delle conseguenze della fiducia calcolativa;

[Queste tre attività non sono gestite dal «Laboratorio per il cittadino competente», ma direttamente al CeVEAS, quindi impattano sul processo, ma non fanno riferimento al Sistema comunicazione e *marketing*]

— gestire e aggiornare il Centro di documentazione. Questa attività rappresenta un valido strumento a supporto della *comunicazione interna*;

— formare i cittadini/pazienti: quest'ultima funzione del CeVEAS completa la leva *educazione del paziente*;

— stimolare e organizzare la partecipazione attiva e il coinvolgimento diretto dei cittadini attraverso la gestione del «Laboratorio formativo per il cittadino competente» finalizzato alla costruzione di un linguaggio comune tra i diversi attori della salute; all'alfabetizzazione dei cittadini alle categorie della efficacia e della appropriatezza tramite specifici interventi; alla promozione delle competenze atte a discriminare la qualità della informazione sulla salute che viene prodotta; alla promozione di una cultura della consapevolezza; e infine alla costruzione di una rete che favorisca la sinergia tra distretto sanitario, comitati consultivi misti, educatori alla salute, ufficio relazioni con il pubblico, terzo settore, enti locali. Uno dei principali prodotti del laboratorio è la «Pagina del paziente», un foglio informativo destinato ai cittadini sugli argomenti rilevanti per la salute che si pone l'obiettivo di coniugare la correttezza e l'attendibilità dei contenuti scientifici con la chiarezza e la semplicità del linguaggio.

L'altra unità organizzativa che dipende funzionalmente dal Sistema di comunicazione e *marketing*, pur afferendo gerarchicamente al Dipartimento di sanità pubblica (Dsp), è lo Sportello

per la prevenzione (Spre), che assolve i compiti di informazione, educazione e comunicazione per la salute di competenza dipartimentale. La *mission* dello sportello è:

1) accogliere ed informare sulle attività del dipartimento (*comunicazione esterna*);

2) comunicare il rischio negli ambienti di vita e di lavoro (*educazione alla salute*);

3) formare ed informare sui temi della prevenzione (*educazione alla salute*).

Le azioni si rivolgono a cittadini, lavoratori e datori di lavoro. Esso inoltre cura la partecipazione aziendale a «PrevenzoNet» (rete provinciale per la prevenzione e sicurezza del lavoro, igiene e sanità, alimenti e veterinaria).

Anche lo sportello prevenzione ha pertanto, come le altre unità organizzative citate, un pesante impatto su antecedenti (reputazione di affidabilità, collaborazione e comunicazione) e conseguenze della fiducia (educazione sanitaria del territorio, condizione di salute e soddisfazione dei cittadini).

Come si evince dalla figura 3, l'Asl di Modena dispone delle funzioni necessarie a influire su tutte le fasi del processo di *Trust Oriented Marketing* (45) (*marketing* analitico sulla fase analitico-conoscitiva; terzo settore sull'analisi dalle domanda, definizione delle politiche di offerta allargata, comunicazione esterna e valutazione della soddisfazione dei cittadini; Urp su analisi della domanda, comunicazione interna, comunicazione esterna e verifica della soddisfazione dei pazienti; Stampa e media su comunicazione esterna ed interna ed educazione dei cittadini/pazienti; Educazione alla salute su educazione e verifica della stessa; CeVEAS su servizio essenziale, comunicazione sia interna sia esterna ed educazione e valutazione di efficacia clinica; Sportello prevenzione su educazione e co-

municazione esterna); e di conseguenza integra la fase analitico conoscitiva con la fase decisionale-operativa e la fase di verifica, nonché, tra di loro, le singole variabili del *Trusting Mix*.

In particolare, la posizione del Sistema comunicazione e marketing in staff alla Direzione generale consente che le informazioni generate contribuiscano a determinare le scelte strategiche di posizionamento aziendale e delle unità operative. In particolare l'unità organizzativa *Marketing* analitico fornisce il supporto informativo

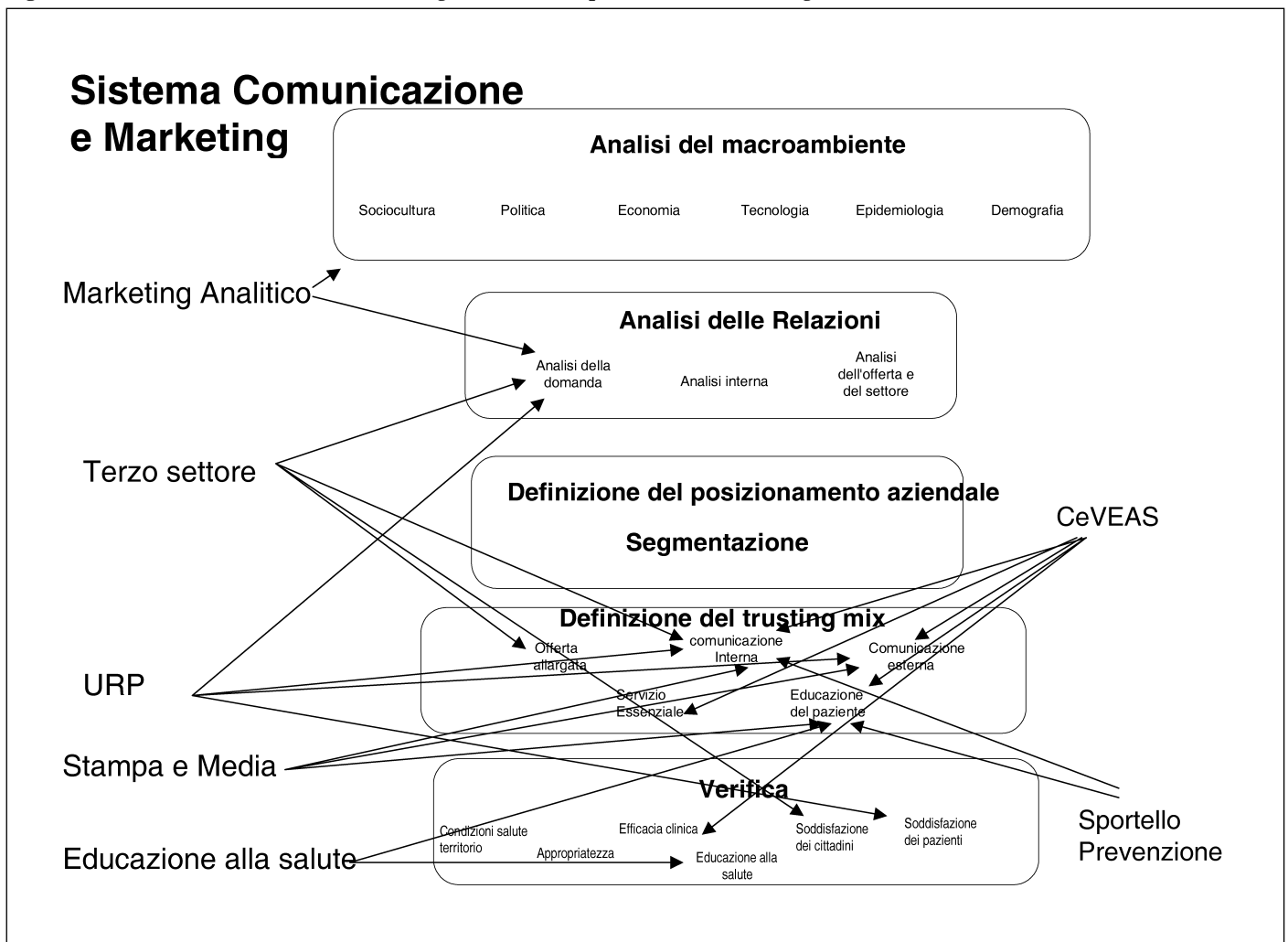
rispetto agli elementi di contesto per la progettazione dei Piani di attività territoriali (46) dei distretti.

Si può in ultima analisi affermare che il Sistema comunicazione e marketing dell'Asl di Modena rappresenta un innovativo modello di sviluppo del processo di *Trust Management* nelle aziende sanitarie, in quanto integra e coordina le diverse funzioni aziendali in ordine agli obiettivi di gestione efficace delle relazioni azienda sanitaria-territorio di riferimento e azienda sanitaria-paziente, ma esso costituisce anche un valido esempio

del fatto che per sviluppare un rapporto di fiducia tra azienda e territorio di riferimento e per migliorarne le condizioni di salute non sia sufficiente integrare le funzioni all'interno dell'azienda, ma occorra la partecipazione coordinata di più soggetti, sia pubblici sia privati (47).

È convinzione — ed auspicio — di chi scrive che il costrutto di fiducia che rappresenta un obiettivo comune sia per professionisti sanitari sia per i *manager* possa nel tempo portare a una maggiore integrazione del processo di costruzione del sistema di offerta

Figura 3 - Il Sistema comunicazione e marketing in relazione al processo di *Trust Management*



aziendale, al fine di rispondere al meglio alle esigenze di salute del territorio.

(1) Attraverso tale consapevolezza si cerca infatti, non di aumentare la domanda, ma di aumentarne la pertinenza. L'obiettivo è quello di favorire la partecipazione dell'utenza al fine di accrescere l'appropriatezza delle richieste.

(2) Il settore sanitario presenta infatti una serie di specificità legate alla regolamentazione del mercato e alla tipicità del cliente che è un paziente. Questi aspetti sono approfonditi nel primo paragrafo.

(3) Il *marketing* è una delle discipline maggiormente interessate al concetto di fiducia: la fiducia da una parte è alla base di tutte le principali relazioni di *marketing* — dalla creazione di nuovi prodotti, alla diffusione delle innovazioni nei mercati; dalla gestione delle relazioni distributive allo sviluppo della fedeltà; è un elemento essenziale delle risorse *customer based* e dell'immagine di marca —; dall'altra parte contribuisce a ridurre alcuni pregiudizi sullo stesso concetto di *marketing*, non raramente accusato di comportamenti opportunistici nei confronti dei clienti, come la creazione di bisogni futuri e di asimmetrie informative.

(4) Per una *review* sugli studi sulla fiducia si rimanda a Sandro Castaldo, «Fiducia e relazioni di mercato», Il Mulino, Bologna, 2002, capitoli 3 e 4.

(5) Si pensi infatti all'influsso che la fiducia sviluppata a questo livello può esercitare sul piano delle singole relazioni interorganizzative e interpersonali: alle difficoltà di avviare iniziative collaborative fra imprese in contesti sociali poco favorevoli, ove esista una diffidenza generalizzata nei confronti degli altri, o in sistemi socioeconomici poco sviluppati, ove non sussista un adeguato livello di affidamento nelle istituzioni economiche, politiche e giuridiche.

(6) A proposito dell'estrema varietà di definizioni Mutti (1987) sostiene che «c'è da restare sconcertati dalla pluralità di significati attribuiti alla fiducia».

(7) Young e Wilkinson (1981), Anderson e Weitz (1989), El-Ansary (1993), Morgan e Hunt (1994), Dahlstrom e Nygaard (1995), Andaleeb (1996), Kumar (1996), Geyskens, Steenkamp e Kumar (1998): i principali studi sulla fiducia evidenziano potere del *trustor* e vulnerabilità del *trustee* quali antecedenti che discendono direttamente dalla definizione di fiducia. In ambito sanitario la dipendenza del paziente all'azienda rappresenta una specificità intrinseca della relazione che è in primo

luogo caratterizzata dall'asimmetria informativa tra i soggetti.

(8) Nel secondo paragrafo si approfondisce la definizione di bisogni, esigenze ed aspettative nel settore della salute.

(9) Nel secondo paragrafo si approfondisce la rilevanza di considerare contestualmente entrambi gli obiettivi: efficacia e soddisfazione. Se nel *marketing* delle imprese i due obiettivi tendono naturalmente a sovrapporsi, in sanità — come si inizia ad accennare in conclusione del presente paragrafo — questo non è scontato. Addirittura tali obiettivi possono ulteriormente scomporsi in equità distributiva nella produzione di salute nel territorio (individuazione delle priorità), efficacia clinica, soddisfazione dei cittadini e soddisfazione del paziente, che sono obiettivi che gli strumenti di *management* in genere gestiscono in maniera disgiunta: il *Trust Oriented Marketing* si pone l'obiettivo di soddisfarli contestualmente, ovvero di sviluppare una *vision* strategica nell'azienda per la quale le decisioni tengano conto di tutti e quattro i sopra citati obiettivi.

(10) La legge 833/78 presupponeva la partecipazione democratica co-gestionale dei cittadini alla strategia delle aziende sanitarie, ovvero i cittadini erano legittimati sulla base di una delega di tipo elettiva a partecipare alla gestione delle aziende sanitarie; la legge 502/92 ha apportato tuttavia modifiche sostanziali nel modo di interpretare la partecipazione che diventa di tipo consultivo, cooptativo, presenzialista ed autolegittimato, ovvero sparisce il meccanismo di delega di tipo elettivo e le associazioni sono autolegittimate a rappresentare i cittadini e gli utenti. La legge delega 319/98 prevede esplicitamente la partecipazione dei cittadini e degli operatori (anche essi soggetti di istituto) alla programmazione e alla valutazione dei servizi sanitari; il potenziamento del ruolo dei comuni nei procedimenti di programmazione e di valutazione dei risultati delle aziende sanitarie, il ruolo delle regioni per rafforzare la partecipazione delle formazioni sociali esistenti sul territorio e dei cittadini. Per un approfondimento si faccia riferimento a Leonardo Altieri, «Ascolto e partecipazione dei cittadini in sanità: dimensioni, modelli, prospettive, problemi», a cura di Leonardo Altieri, Salute e Società, Franco Angeli, Milano, 2002.

(11) Progetto «Valorizzazione e qualificazione delle risorse umane e professionali del Servizio sanitario regionale - Osservatorio sulle politiche del personale e sui modelli organizzativi in uso nelle aziende sanitarie lombarde», SDA-Bocconi, 2002.

(12) Si riporta l'applicazione alla sanità del modello *Sequential Iteration*, Lewicky e Bunker (1996).

(13) Il concetto di fiducia calcolativa non va inteso in senso negativo di comportamento opportunistico, al contrario è una forma di fiducia razionale che si fonda sulla percezione che il *trustor* ha delle competenze dell'azienda.

(14) È difficile identificare in maniera pienamente condivisa i fattori determinanti la fiducia in assenza di una definizione univoca del costruito. In questo articolo si prendono in considerazione gli antecedenti suggeriti dai principali studi sulla fiducia e in particolare ci si concentra su quelle variabili che l'azienda sanitaria, a seguito delle proprie specificità, è maggiormente in grado di controllare.

(15) Si rimanda alla nota 20.

(16) Si tratta di uno sportello per la comunicazione e l'ascolto dei cittadini da localizzare dentro i *Trust*.

(17) Istituzione composta dalle organizzazioni di tutela dei diritti dei pazienti con il compito di supportare la gestione dei reclami.

(18) Organo di ispezione e valutazione della qualità dei servizi erogati dalle aziende sanitarie sotto la prospettiva di cittadini e pazienti.

(19) Commissione composta da rappresentanti delle autorità locali che ha l'obiettivo di ridurre le disuguaglianze sanitarie degli abitanti di una specifica area (equità distributiva).

(20) Commissione per il coinvolgimento dei pazienti e del pubblico nelle politiche e nelle strategie delle aziende sanitarie che ha il compito di coordinare le attività degli altri quattro organi: PALS, ICAS, PF e OSC.

(21) Secondo la legge 150/2000 agli Urp è demandato il compito di garantire la partecipazione dei cittadini all'erogazione dei servizi pubblici attraverso la gestione dell'ascolto, della comunicazione esterna e della comunicazione interna e attraverso la valutazione della qualità tecnica delle prestazioni oltre che della qualità percepita.

(22) I Comitati consultivi misti sono stati previsti dalla Regione Emilia-Romagna con l'obiettivo di dare voce alle associazioni e ai gruppi organizzati al fine di garantire la rispondenza dei servizi sanitari ai bisogni dei cittadini.

(23) I Piani per la salute sono definiti dalla deliberazione n. 321 della Giunta regionale dell'Emilia-Romagna come «Piani poliennali di azione elaborati e realizzati da una pluralità di attori, coordinati dal governo locale, che impegnano risorse umane e materiali allo scopo di migliorare la salute e l'assistenza sanitaria della popolazione residente». I Piani per la salute rappresentano un modello di partecipazione del cittadino attraverso gli enti per sviluppa-

re obiettivi di salute coerenti con le realtà demografiche, socioeconomiche ed epidemiologiche di uno specifico ambito territoriale.

(24) La Carta dei servizi partecipata è un patto tra azienda e cittadini sulla qualità dei servizi formulato attraverso la partecipazione attiva e consapevole dei cittadini in genere attraverso gruppi organizzati come il Tribunale del malato o le associazioni di volontariato.

(25) Da una recente ricerca condotta in collaborazione da Astra Zeneca e il Tribunale per i diritti del malato su 12 Aziende sanitarie e 21 ospedali è emersa una diffusa insoddisfazione da parte dei cittadini rispetto agli istituti di partecipazione. Nonostante la cresciuta volontà delle aziende di rapportarsi agli utenti da questi sono percepite come scarse le possibilità di intervenire su due questioni importanti: la determinazione delle priorità dell'azienda e il controllo dei capitolati di appalto (progetto Audit Civico, 2001).

(26) Per sviluppare tutte le dimensioni della qualità prende spunto dai principali modelli di *Total Quality Management* applicati alla sanità.

(27) Anderson e Weitz (1989), Martin (1991), Ganesan (1994), Donney e Cannon (1997). Castaldo (2002) considera la reputazione del *trustee* non un antecedente della fiducia, ma una variabile di amplificazione o moderatrice (se la reputazione è negativa) della fiducia, in quanto considera tale variabile indipendente dalla relazione. In ogni caso ciò non modifica le considerazioni sul modello di *Trust Oriented Marketing*, in quanto sia che si consideri una determinante, sia una modalità per amplificare la fiducia, essa resta una variabile che le aziende devono poter governare per accrescere la fiducia da parte del paziente.

(28) Si fa riferimento anche a studi non focalizzati sul costruito della fiducia: ad esempio Groonros (1994), Norman (1984), Zeithalm, Parasuramann, Berry (1991), Busacca (1994).

(29) Castaldo (2002) sia per quanto riguarda la comunicazione, sia la soddisfazione sia la qualità nella relazione; Mohr e Nevin (1991) in riferimento alla sola comunicazione; Young e Wilkinson (1981) in riferimento alla sola cooperazione; Anderson e Narus (1990), Martin (1991) in riferimento sia alla cooperazione sia alla soddisfazione.

(30) Si fa riferimento agli studi citati in nota 40.

(31) Il processo è descritto secondo uno schema logico e non secondo una sequenza temporale di attività.

(32) Quantità potenzialmente richiesta con riferimento a una determinata categoria di prestazioni ipotizzando che tutti i soggetti compresi nel bacino di utenza, caratterizzati da un

certo bisogno, usufruiscano di quella prestazione in tutte le occasioni in cui il bisogno stesso emerge. Tale quantità costituisce naturalmente un ipotetico limite superiore verso cui la domanda primaria tende senza mai raggiungerlo. Essa da punto di vista quantitativo è rappresentata sotto forma di asintoto.

(33) La domanda primaria costituisce la quantità effettivamente richiesta dalla domanda con riferimento a una determinata categoria di prestazioni.

(34) La domanda secondaria rappresenta la quantità di prestazioni erogate dalla singola azienda sanitaria.

(35) Tra queste si ricordano la lettura delle SDO, la lettura 28/SAN, l'analisi delle fughe e delle attrazioni, il calcolo dei pazienti extraregione, le liste di attesa.

(36) Il posizionamento: rappresenta il posto che un servizio/unità operativa/azienda occupa in un dato momento, ovvero come viene percepito da un gruppo rilevante di utenti che rappresentano il *target* del suo mercato.

(37) La segmentazione rappresenta il processo di aggregazione di specifici gruppi di utenti, i quali pur avendo caratteristiche eterogenee possono essere identificati con modelli di consumo dei servizi sanitari affini (anziani, pazienti pediatrici, ecc.) I principali criteri di aggregazione sono demografiche (età, sesso, dimensione del nucleo familiare, il reddito, il raggruppamento etnico, ecc.); psicografiche (stile di vita, valori, personalità); o legati a comportamenti specifici (intensità d'uso della struttura sanitaria, livello di fedeltà, orientamento alla prevenzione, predisposizione al rischio, ecc.).

(38) Il decreto legge 12 maggio 1995, n. 163, convertito dalla legge 11 luglio 1995, n. 273, prevedeva l'adozione, da parte di tutti i soggetti erogatori di servizi pubblici, anche operanti in regime di concessione o mediante convenzione, di proprie «Carte dei servizi» sulla base di «schemi generali di riferimento»; per il settore sanitario detto schema di riferimento è stato adottato con DPCM del 19 maggio 1995 (G.U. del 31 maggio 1995, supplemento n. 65). La Carta dei servizi sanitari è IL PATTO TRA LE STRUTTURE DEL SSN E I CITTADINI, secondo i seguenti principi informatori:

— imparzialità nell'erogazione delle prestazioni e uguaglianza del diritto all'accesso ai servizi;

— piena informazione dei cittadini utenti sui servizi offerti e le modalità di erogazione degli stessi;

— definizione di standard e assunzione di impegni da parte dell'amministrazione locale rispetto alla promozione della qualità del servi-

zio e alla determinazione di modalità di valutazione costante della qualità stessa;

— organizzazione di modalità strutturate per la tutela dei diritti dei cittadini;

— ascolto delle opinioni e dei giudizi, sulla qualità del servizio, espressi dai cittadini direttamente o tramite le associazioni che li rappresentano attraverso modalità e strumenti di partecipazione e coinvolgimento.

(39) Per un approfondimento sull'operazionalizzazione ovvero sulla definizione di indicatori indiretti per la misurazione della fiducia si faccia riferimento a Castaldo (2002), pagg. 243-246.

(40) Ovvero non vi è una dipendenza gerarchica, ma un'integrazione funzionale per affinità di attività svolte.

(41) Per i Piani della salute si faccia riferimento alla nota 32.

(42) I Comitati consultivi misti sono presenti in ogni distretto sono definiti misti perché composti da operatori dell'Azienda sanitaria e da cittadini individuati dalle associazioni di tutela e di volontariato maggiormente impegnate nel campo sociosanitario. I Comitati consultivi misti rappresentano la voce dei cittadini all'interno dell'Azienda.

(43) Recentemente l'introduzione della legge 150/2000 ha ridefinito il ruolo dell'Ufficio relazioni con il pubblico — Urp —, rendendolo da strumento di informazione una funzione organizzativa con il compito di «(...) agevolare l'utilizzazione dei servizi offerti ai cittadini, anche attraverso l'illustrazione delle disposizioni normative e amministrative, e l'informazione sulle strutture e sui compiti delle medesime; promuovere l'adozione di sistemi di interconnessione telematica; attuare, mediante l'ascolto dei cittadini e la comunicazione interna, i processi di verifica della qualità dei servizi e di gradimento degli stessi da parte degli utenti; garantire la reciproca informazione fra l'ufficio per le relazioni con il pubblico e le altre strutture operanti nell'amministrazione, nonché fra gli uffici per le relazioni con il pubblico delle varie amministrazioni». Diventa pertanto una funzione centrale nel processo di *Trust Management*.

(44) Si fa riferimento solo alle attività che impattano sul processo di *Trust Management*.

(45) La verifica non è sulla fiducia, poiché il processo non è pianificato direttamente su questo scopo, ma è assimilabile in quanto è focalizzato sulle conseguenze della stessa: condizione di salute del territorio, efficacia ed appropriatezza clinica delle prestazioni, soddisfazione dei cittadini e dei pazienti, educazione.

(46) I sette Piani di attività territoriali insieme costituiscono il Piano di attività dell'azienda.

(47) L'Asl sta andando in questa direzione attraverso lo sviluppo dei Piani per la salute.

BIBLIOGRAFIA

- ALTIERI L. (2002), *Salute e società*, Franco Angeli, Milano.
- ANDALEEB S.S. (1996), «An Experimental Investigation of Satisfaction and Commitment in Marketing Channels: The Role of Trust and Dependence», *Journal of Retailing*, 72 (1), pp. 77-93.
- ANDERSON E., WEITZ B. (1989), «Determinants of Continuity in Conventional Industrial Channel Dyads», *Marketing Science*, 8 (4), pp. 310-232.
- ANDERSON J.C., NARUS J.A. (1990), «A Model of Distributor Firm and Manufacturer Firm Working Partnerships», *Journal of Marketing*, 54, gennaio, pp. 42-58.
- BARBER B. (1983), *The Logic and Limits of Trust*, Rutgers University Press, New Brunswick, NJ.
- BORGONOVI E. (2000), *Economia delle aziende e delle amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano.
- BROCKNER J., SIEGEL P. (1996), «Understanding the Interaction Between Procedural and Distributive Justice: The Role of Trust», in R.M. Kramer, T.R. Tyler (a cura di), *Trust in Organizations: Frontiers of Theory and Research*, Sage Publications, Thousand Oaks, California, pp. 390-413.
- BUSACCA B. (1994), *Le risorse di fiducia dell'impresa. Soddisfazione del cliente, creazione di valore, strategie di accrescimento*, Utet, Torino.
- CASTALDO S. (2002), *Fiducia e relazioni di mercato*, Il Mulino, Bologna.
- CHAPMAN D., COWDELL T. (1998), *New Public Sector Marketing*, Financial Times Prentice Hall, Harlow England.
- CROSBY L.A., EVANS K.R., COWLES D. (1990), «Relationship Quality in Services Selling: An Interpersonal Influence Perspective», *Journal of Marketing*, 54, luglio, pp. 68-81.
- DONABEDIAN A. (1990), *La qualità dell'assistenza sanitaria. Principi e metodologie di valutazione*, Nuova Italia Scientifica.
- DAHLSTROM R., NYGAARD A. (1995), «An Exploratory Investigation of Interpersonal Trust in New and Mature Market Economies», *Journal of Retailing*, 71 (4), pp. 339-361.
- DONEY P.M., CANNON J.P. (1997), «An Examination of the Nature of Trust in Buyer-Seller Relationships», *Journal of Marketing*, 61, pp. 35-51.
- DION P., EASTERLING D., MILLER S.J. (1995), «What is really necessary in successful buyer seller relationship?», *Journal of Marketing*, 61, pp. 35-51.
- EL-ANSARY A.I. (1993), *Relationship Marketing: a Marketing Channel Context*, Research in Marketing, JAI Press.
- ELEFANTI M., BRUSONI M., MALLARINI E. (2001), *La qualità nella sanità. Total Quality Management, Accreditamento, Certificazione*, Egea, Milano.
- FIorentini G. (1990), *Amministrazione pubblica e cittadini. Le relazioni di scambio*, Egea, Milano.
- GAMBETTA D. (A CURA DI) (1989), *Le strategie della fiducia. Indagini sulla razionalità della cooperazione*, Einaudi, Torino.
- GANESAN S. (1994), «Determinants of Long-Term Orientation in Buyer-Seller Relationships», *Journal of Marketing*, 58, aprile, pp. 1-19.
- GEYSKENS L., STEENKAMP J-B.E.M., KUMAR N. (1998), «Generalizations about Trust in Marketing Channel Relationships Using Meta-Analysis», *International Journal of Research in Marketing*, 15, pp. 223-248.
- GRÖNROOS C. (1994), *Management e marketing dei servizi*, ISEDI, Torino.
- HYVONEN S. (1994), «Perceived Trust in Contractual Channel Dyads: An Exploratory Investigation of Finnish Food Retailers», *International Review of Retail, Distribution and Consumer Research*, 4, pp. 429-452.
- JAP S.D. (1999), «Pie-Expansion Efforts: Collaboration Processes in Buyer-Supplier Relationships», *Journal of Marketing Research*, 36, novembre, pp. 461-475.
- JAP S.D. (2001), «Perspective on Joint Competitive Advantages in Buyer-Supplier Relationships», *International Journal of Research in Marketing*, 18, pp. 19-35.
- KOTLER P., ANDREASEN A.R. (1996), *Strategic Marketing for NonProfit Organizations*, Prentice Hall, New Jersey (traduzione italiana: *Marketing per le organizzazioni non profit*, Edizioni Il Sole24Ore, Milano, 1998).
- KOTLER P., ROBERTO N., LEE N. (2002), *Social Marketing. Improving the quality of life*, Sage, London.
- KUMAR N. (1996), «The Power of Trust in Manufacturer-Retailer Relationships», *Harvard Business Review*, novembre-dicembre, pp. 92-106.
- LEWICKI R.J., BUNKER B.B. (1996), «Developing and maintaining trust in work relationship», in Kramer R.M. e Tyler (a cura di), *Trust Organization: Frontiers of theory and research*, Thousand Oaks, California, Sage, pp. 114-139.
- LUHMANN N. (1979), *Trust and Power*, Wiley, New York.
- MARTIN G.S. (1991), «The Concept of Trust in Marketing Channel Relationships: A Review and Synthesis», in M. Gilly et al. (a cura di), *Enhancing Knowledge Development in Marketing*, American Marketing Association, Chicago, Illinois, pp. 251-259.
- MASSEI A. (1992), *Interesse pubblico e responsabilità sociale. Regolatori di comportamento aziendale*, Egea, Milano.
- MINTZBERG H. (1996), «Managing Government, Governing Management», *Harvard Business Review*, May-June.
- MOHR J., NEVIN J.R. (1990), «Communication Strategies in Marketing Channels: A Theoretical Perspective», *Journal of Marketing*, ottobre, pp. 36-51 (trad. it. «Strategie di comunicazione e canali di distribuzione», *Problemi di gestione*, 11/12, 1991, pp. 5-49).
- MOHR J., SPECKMAN R. (1994), «Characteristics of Partnership Success: Partnership Attributes, Communication Behaviour, and Conflict Resolution Techniques», *Strategic Management Journal*, 15, pp. 135-152.
- MOORMAN C., DESHPANDÈ R., ZALTMAN G. (1993), «Factors Affecting Trust in Market Research Relationships», *Journal of Marketing*, 57, gennaio, pp. 81-101.
- MOORMAN C., ZALTMAN G., DESHPANDÈ R. (1992), «Relationship Between Providers and Users of Market Research: The Dynamics of Trust Within and Between Organizations», *Journal of Marketing Research*, 29, agosto, pp. 314-329.
- MORGAN R.M., HUNT S.D. (1994), «The Commitment-Trust Theory of Relationship Marketing», *Journal of Marketing*, 58, luglio, pp. 20-38.
- MORGAN R.M., HUNT S.D. (1999), «Relationship-Based Competitive Advantage: The Role of Relationship Marketing in Marketing Strategy», *Journal of Business Research*, 46, pp. 281-290.
- MUTTI A. (1987), «La fiducia. Un concetto fragile, una solida realtà», *Rassegna italiana di sociologia*, 2, aprile-giugno, pp. 223-247.
- NORMANN R. (1984), *Service Management. Strategy and Leadership in Service Businesses*, John Wiley & Sons, New York

- (trad. it.: *La gestione strategica dei servizi*, Etas, Milano, 1985).
- OLIVER R.L., SWAN J.E. (1989), «Consumer Perceptions of Interpersonal Equity and Satisfaction in Transactions: A Field Survey Approach», *Journal of Marketing*, 53, aprile, pp. 21-35.
- RICH G.A. (1997), «The Sales Manager as a Role Model: Effects on Trust, Job Satisfaction, and Performance of Salespeople», *Academy of Marketing Science*, 25 (4), pp. 319-328.
- ROLANDO S. (2001), *Teorie e tecniche della comunicazione pubblica. Dallo Stato sovraordinato alla sussidiarietà*, Etas, Milano
- SCHURR P.H., OZANNE J.L. (1985), «Influences on Exchange Processes: Buyers' Preconceptions of a Seller's Trustworthiness and Bargaining Toughness», *Journal of Consumer Research*, 11, marzo, pp. 939-953.
- SELNES F. (1998), «Antecedents and Consequences of Trust and Satisfaction in Buyer-Seller Relationships», *European Journal of Marketing*, 32 (3/4), pp. 305-322.
- SHEAFF R. (2002) *Responsive healthcare. Marketing for a public service*, Health Service Management, Open University Press, Bucking-Philadelphia.
- SMITH J.B., BARCLAY D.W. (1997), «The Effects of Organizational Differences and Trust on the Effectiveness of Selling Partner Relationships», *Journal of Marketing*, 61, pp. 3-21.
- SWAN J. E., BOWERS M.R., RICHARDSON L.D. (1999), «Customer Trust in the Salesperson: An Integrative Review and Meta-Analysis of the Empirical Literature», *Journal of Business Research*, vol. 44, pp. 93-107.
- SWAN J.E., NOLAN J.J. (1985), «Gaining Customer Trust: A Conceptual Guide for the Salesperson», *Journal of Personal Selling & Sales Management*, novembre, pp. 39-48.
- SWAN J.E., TRAWICK I.F., SILVA D.W. (1985), «How Industrial Salespeople Gain Customer Trust», *Industrial Marketing Management*, 14, pp. 203-211.
- TYLER T.R., DEGOEY P. (1995), «Collective Restraint in Social Dilemmas: Procedural Justice and Social Identification Effects on Support for Authorities», *Journal of Personality and Social Psychology*, 69 (3).
- TYLER T. R., DEGOEY P. (1996), «Trust in Organizational Authorities: The Influence of Motive Attributions on Willingness to Accept Decisions», in R.M. Kramer, T.R. Tyler (a cura di), *Trust in Organizations: Frontiers of Theory and Research*, Sage Publications, Thousand Oaks, California, pp. 331-356.
- YOUNG C.L., WILKINSON I.F. (1989), «The rule of trust and cooperation in marketing channels: a preliminary study», *European Journal of Marketing*, 23 (2), pp. 109-121.
- ZAHHEER A., VENKATRAMAN N. (1995), «Relational Governance as an Interorganizational Strategy: An Empirical Test of the Role of Trust in Economic Exchange», *Strategic Management Journal*, 16, pp. 373-392.
- ZEITHALM V.A., PARASURAMAN A., BERRY L.L. (1991), *Servire qualità*, McGraw Hill, Milano (edizione originale: *Delivering Quality Service*, The Free Press, New York, 1990).

Management ed economia sanitaria

MECOSAN

La rivista trimestrale
di saggi e ricerche, documenti e commenti
per il governo manageriale della sanità

edita sotto gli auspici del Ministero della sanità

RACCOMANDAZIONI AGLI AUTORI

Mecosan è una rivista aperta al contributo di chiunque desideri offrire testimonianze, opinioni, notizie e resoconti di studi e ricerche che abbiano attinenza con i temi dell'economia e della gestione manageriale dei sistemi sanitari.

I contributi, che devono essere originali e avere contenuto innovativo, sono destinati alle seguenti sezioni:

Saggi e ricerche - Documenti e commenti - Esperienze innovative - La sanità nel mondo - Sanità e impresa - Biblioteca.

La lingua ammessa è l'italiano.

Per gli articoli destinati alla sezione «**Saggi e ricerche**» è previsto un **abstract** in inglese che non superi le 200 parole (in corsivo ad interlinea singola).

I contributi devono tenere conto delle seguenti regole editoriali:

Titolo e autori

Il titolo non deve superare le due righe.

I nomi degli autori (nome e cognome), preferibilmente in ordine alfabetico, sono seguiti, senza ulteriore qualificazione, dalla segnalazione degli Enti di appartenenza, richiamati da note numeriche se gli autori provengono da più di una istituzione.

Sommario

Immediatamente dopo gli autori, il sommario deve essere breve ed indicare solo i paragrafi principali, preceduti da numeri arabi seguiti dal punto.

Esempio: SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Parte prima - 3. Parte seconda - 4. Conclusioni - 5. Appendici.

Titoli dei paragrafi

In grassetto, preceduti dai numeri arabi seguiti dal punto.

Esempio: **1. Introduzione**

Eventuali sottotitoli in corsivo.

Tabelle, grafici e figure

Devono essere richiamati nel corso degli articoli con riferimenti puntuali e forniti in stampa separata dal testo e possibilmente in un file diverso. Si ricorda agli autori che *Mecosan* è una rivista in **bianco e nero**, dunque non saranno accettati articoli che contengono figure a colori. Le rappresentazioni grafiche saranno accettate a condizione che siano accompagnate da tabelle numeriche riportanti i dati di riferimento.

Note

Devono essere richiamate numericamente, riportate alla fine dell'articolo (e non a pie' di pagina).

Lunghezza articoli

Indicativamente i saggi dovranno essere tra le cinquemila e le diecimila parole; per le altre sezioni si consiglia di non eccedere le settemila parole.

Riferimenti bibliografici

Si devono effettuare con il sistema autore-data (e non con i numeri progressivi) nel corpo del testo o in nota. Le indicazioni corrispondenti si devono riportare alla fine dell'articolo nella **bibliografia**, dopo le note, in ordine alfabetico, secondo il seguente esempio:

— per testi: richiamo: (Clerico, 1984); indicazione: CLERICO G. (1984), *Economia della salute*, Franco Angeli, Milano.

— per articoli: richiamo: (Volpatto, 1990); indicazione: VOLPATTO O. (1990), «La privatizzazione dei servizi pubblici», *Azienda Pubblica*, 2: pagg. 243-252.

I testi non citati nell'articolo che eventualmente si vorranno segnalare dovranno essere inseriti in una **bibliografia separata**.

I testi

Devono pervenire su dischetto, preferibilmente in Microsoft Word per DOS o Windows, con allegata copia cartacea preceduti da una pagina che indichi:

— nome, cognome, indirizzo completo di numero telefonico e di fax degli autori o dell'autore principale;

— titolo e sezione per cui si propone l'articolo.

Devono essere inviati a:

**Mecosan - Redazione - c/o CeRGAS, Viale Isonzo, 23
20135 Milano - Tel. 0258362600 - Fax 0258362593-98
E-mail: mecosan@uni-bocconi.it**

Gli articoli pervenuti saranno sottoposti al vaglio dei referenti accreditati e qualora risultassero disattesi i requisiti suindicati potranno essere scartati o integrati dalla redazione.

L'ALLOCAZIONE DELLE RISORSE ALLE AZIENDE SANITARIE LOCALI: IL CASO DELLA REGIONE TOSCANA

Cesare Cislaghi^{1,2}, Elvira Pisani³, Fabrizio Tediosi¹

¹ Osservatorio di Economia Sanitaria, Agenzia Regionale di Sanità Toscana

² Cattedra di Economia Sanitaria, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Milano

³ Dipartimento per il diritto alla salute e alle politiche di solidarietà, Regione Toscana

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Il modello di allocazione della Regione Toscana - 3. Conclusioni.

This article discusses the revision of Local Health Units (LHUs) funding mechanisms defined by the new Regional Health Plan 2002-2004 of the Tuscany Region. The main changes introduced are: the utilisation of data on health care consumption by age of the population of Tuscany to adjust the capitation system weighting; a different percentage of resources allocated to the levels of care included in the benefit package; the substitution of population density criteria with a criteria based on centralization to allocate 3% of funds; the introduction of an adjustment mechanism aimed to taking into account differences in structural costs and efficiency of LHUs. The first two changes were widely accepted. The third raised some discussions since it increases funds to big urban centres. The last one was not completely understood.

1. Introduzione

Le modalità di allocazione delle risorse alle Aziende sanitarie locali (Asl) hanno un significato molto importante nell'ambito del sistema di governo dei sistemi sanitari regionali. Dalla loro adeguatezza e condivisione discende la capacità delle Asl di rispondere ai bisogni sanitari della popolazione, la fattibilità di fissare obiettivi economici credibili, il grado di responsabilizzazione economica possibile del *management* delle Asl. L'obiettivo dei modelli di allocazione delle risorse alle Asl è assicurare alle stesse le risorse necessarie a garantire livelli qualitativi delle prestazioni tali da soddisfare il fabbisogno di assistenza sanitaria alla popolazione residente; assicurare che la distribuzione delle risorse fra le Asl avvenga sulla base delle condizioni di bisogno oggettive della popolazione; influenzare i comportamenti delle Asl verso il raggiungimento degli obiettivi di politica sanitaria stabiliti a livello regionale.

Il processo di allocazione delle risorse alle Asl può avvenire attraverso meccanismi molto differenti tra di loro, alcuni espliciti e formali ed altri meno espliciti e del tutto informali, alcuni definiti *ex ante* ed altri *ex post*, alcuni di carattere finanziario altri di tipo gestionale budgettario. Definita infatti una unità operativa, chi la governa può scegliere di assegnarle dei compiti e degli obiettivi riservandosi di riconoscerle *ex post* la copertura finanziaria di tutti i costi sostenuti, oppure può stabilire in modo vincolante e rigido a priori l'ammontare delle risorse disponibili, e quindi dei costi sostenibili, indipendentemente dal prodotto ottenuto. In una unità aziendale che opera sul mercato i vincoli sono meno rigidi ed in ogni caso differenti da quelli di una unità del Sistema sanitario pubblico che non può, se non marginalmente, vendere il proprio prodotto per ricavare la copertura dei costi sostenuti, ma al contrario deve sottostare ad un vincolo di bilancio per lo più rigido e definito dal soggetto re-

golatore, la Regione per le Asl italiane.

Più le risorse sono limitate rispetto agli obiettivi da raggiungere, più è difficile definire *ex ante* solo aspetti programmatici ed organizzativi e ripianare *ex post* le spese aziendali sostenute per realizzare i programmi stabiliti, con la conseguente tendenza a definire i vincoli finanziari ad inizio esercizio. Peraltro l'impossibilità di ripianare *ex post* è determinata anche dalla scarsità di risorse oggi disponibili.

La natura del finanziamento *ex ante* delle Asl può essere di quattro tipologie:

a) *un anticipo di cassa*. Il primo modo potrebbe limitarsi ad avere la funzione di un anticipo di cassa; l'ente regolatore distribuisce delle risorse finanziarie percentualmente inferiori a quelle disponibili riservandosi poi di coprire a fine esercizio tutti i disavanzi intervenuti. Questo sistema funziona solo se il controllo gestionale è molto efficiente o se le risorse disponibili sono certamente superiori a

quelle necessarie. Il finanziamento, in questo caso, è sostanzialmente tutto *ex post* in quanto l'anticipo non determina una vera indicazione forte e quanto meno un vincolo alle spese;

b) *un'indicazione programmatica*. È la situazione che sinora si era manifestata in molte Regioni italiane ed anche in Toscana: il finanziamento delle Asl rappresenta una indicazione programmatica relativamente flessibile ed il sistema prevede di fatto un ripianamento «quasi fisiologico» a fine esercizio. In questo caso, in realtà, il finanziamento si articola in due fasi: quella *ex ante* e quella *ex post*, spesso regolate in modi anche molto differenti.

Questa situazione spesso è stata determinata a sua volta dall'incertezza della Regione, relativamente all'ammontare preciso delle risorse finanziarie disponibili per l'intero esercizio;

c) *un vincolo rigido in termini gestionali*. È una prospettiva sempre più attuale in quanto le regioni non possono più permettersi di ripianare i disavanzi della Asl poiché non hanno risorse sufficienti per farlo e il Governo nazionale le ha, a sua volta, impegnate a rispettare i vincoli finanziari. Ed allora vengono definiti vincoli di tipo gestionale più rigidi quale ad esempio la destituzione delle direzioni aziendali che non hanno saputo mantenere il bilancio nei limiti definiti. In questo caso il ripiano a fine esercizio dovrebbe rappresentare un evento veramente patologico a meno che, in corso d'anno, siano intervenuti fattori impreveduti che hanno determinato l'incremento delle risorse necessarie;

d) *un vincolo rigido in termini finanziari*. In questo caso l'ente regolatore non dovrebbe assolutamente prevedere di ripianare in nessun modo l'eventuale disavanzo delle unità operative; ma questo sarebbe possibile

solo se fossero soggetti autonomi e separati dall'ente regolatore e quindi la loro sorte finanziaria non dovesse necessariamente ricadere su questo. Potrebbe essere il caso di aziende private che forniscono servizi ma non dipendono dalle regioni; e in questo caso tutto il finanziamento è rigidamente e completamente *ex ante* e le aziende devono comportarsi di conseguenza.

Il ruolo che si vuole assegnare al finanziamento *ex ante* delle Asl da parte della Regione dipende quindi da molti fattori: dalla scarsità di risorse, innanzitutto, e dalla necessità di mantenere a fine esercizio un livello rigido di spesa; dalla certezza o meno, all'inizio d'anno, della disponibilità di risorse da parte dell'ente regolatore; della volontà o meno di utilizzare il finanziamento come uno strumento forte di governo della spesa e dei consumi in generale.

Da tutti questi fattori dipendono anche i principi generali che costituiscono i possibili criteri per determinare le regole di riparto delle risorse regionali che possono essere essenzialmente ricondotti a tre gruppi: il bisogno, il contesto, il governo.

Sicuramente il criterio dominante è quello del bisogno della popolazione con i due indicatori essenziali quali il numero di abitanti e la struttura per età e sesso; opportuno sarebbe riuscire ad avere informazioni più dettagliate per un migliore *risk adjustment* cioè per una migliore valutazione dei bisogni fondata non solo sull'età ma anche su informazioni clinico-epidemiologiche che per il momento non sono però disponibili. Il contesto invece definisce da una parte anch'esso dei bisogni particolari (i fattori di rischio ambientali), dall'altra una diversa qualificazione della domanda (diversi fattori culturali), nonché la presenza di una offerta di diversa ampiezza (le aree metropolitane) ed anche con diversi

costi di produzione (ad esempio causati dall'isolamento, le isole, o dalla praticabilità dei trasporti in montagna). Infine i fattori di governo implicano da una parte la necessità di adeguare realisticamente il finanziamento alle situazioni concrete, riconoscendo per lo più che non ci si può scostare eccessivamente dalla spesa dell'anno precedente; i fattori di governo sono anche gli eventuali incentivi o disincentivi introdotti nel sistema di finanziamento tendenti ad indurre comportamenti gestionali più virtuosi.

In Italia, nonostante una crescente tendenza ad allocare le risorse alle aziende in modo prospettico attraverso la quota capitaria, esistono notevoli differenze nelle modalità con le quali le regioni ripartiscono le risorse disponibili fra le Asl (vedi rapporto OASI) (Anessi Pessina, Cantù, 2001). Il presente articolo descrive e analizza le scelte innovative effettuate dal nuovo Piano sanitario regionale 2002-2004 (Psr) della Regione Toscana. L'obiettivo è evidenziare il razionale, i punti di forza e di debolezza delle scelte di allocazione delle risorse alle Asl della Toscana.

2. Il modello di allocazione della Regione Toscana

Il modello di allocazione delle risorse alle Asl toscane sviluppato per il nuovo Psr e le relative prove di simulazione sono basate sui dati provenienti dai flussi informativi ufficiali della regione Toscana, dai modelli LA, dalle indagini multiscope sulle famiglie e dalle statistiche correnti condotte dall'Istat negli anni 1997, 1998 e 1999 (1).

Per presentare il modello di allocazione scelto dalla Regione Toscana sono esaminati gli aspetti relativi alla natura duplice, tecnica e politica, delle decisioni di allocazione delle risorse, alle modalità di allocazione e alle sue

conseguenze sulla programmazione, al sistema di ponderazione definito per il calcolo della quota capitaria e alle sue giustificazioni ed, infine, al meccanismo di incentivazione individuato per le risorse destinate a finanziare i livelli dell'assistenza ospedaliera, specialistica ambulatoriale e farmaceutica territoriale.

Uno degli aspetti cruciali che influenzano la scelta delle modalità di allocazione delle risorse dal livello regionale a quello locale è la tensione fra la componente tecnica delle decisioni e quella politica. In generale, di fatto, le soluzioni tecniche vengono per lo più utilizzate per giustificare e formalizzare scelte politiche predefinite. Per minimizzare gli effetti distortivi della politica è possibile pensare a sistemi in cui il politico esprime il giudizio sul metodo senza verificarne *ex ante* il risultato? Una possibile strategia potrebbe consistere nell'individuare soluzioni tecniche che prevedono l'utilizzo di dati non disponibili al momento dell'approvazione del metodo; in tal modo il politico sarebbe costretto a ragionare sugli aspetti metodologici e di valore indipendentemente dai risultati derivanti dalle simulazioni di applicazione degli stessi.

Un altro aspetto importante per i sistemi di allocazione delle risorse è rappresentato dall'importanza attribuita al finanziamento *ex ante* e dal conseguente livello di certezza del vincolo di bilancio imposto alle Asl. Uno dei problemi emersi nelle regioni negli anni passati era la consuetudine di ripianare più facilmente *ex post* i disavanzi delle Asl, premiando, di fatto, l'inefficienza e rendendo incerta la disponibilità di risorse di ciascuna azienda poiché i ripiani dei disavanzi di alcune aziende implicavano necessariamente una redistribuzione delle risorse con una sottrazione di una quota delle stesse alle aziende più ef-

ficienti (tabelle 1 e 2). Il Psr toscano ha introdotto un meccanismo di aggiustamento, sebbene relativamente marginale rispetto al modello di allocazione totale, che potrebbe forse contribuire a limitare la discrezionalità della decisione di allocazione e di minimizzare il rischio di ripiani *ex post*. È peraltro da osservare come questo rischio, che deriva principalmente sia dalla mancata responsabilizzazione delle Asl sotto il profilo finanziario sia dal fatto che lo Stato riconosceva egli stesso il fabbisogno delle regioni solo *ex post*, viene oggi ridotto dai meccanismi di federalismo fiscale che, benché ancora non a regime, fanno già sentire alcuni effetti. Non si può però parallelamente non osservare che alle distorsioni dei finanziamenti *ex post* sta subentrando un paradossale rischio di ripiano *ex ante*, che è quello che a livello inter-regionale viene in gergo definito «l'intervento del *lapis*» sui risultati delle formule di allocazione.

2.1. La quota capitaria e il decentramento della programmazione sanitaria

L'allocazione delle risorse alle Asl in genere si divide fra un fondo ordinario basato su una quota capitaria e dei fondi speciali per progetti specifici definiti e regolati a livello di governo regionale. La Toscana ha scelto di allocare oltre il 93% delle risorse attraverso il fondo ordinario. In tal modo si assicurano maggiori gradi di libertà aziendale nella programmazione e si minimizzano i vincoli imposti dal livello di governo regionale. Inoltre, risulta particolarmente importante allocare *ex ante* la quasi totalità delle risorse disponibili evitando di accantonare una quota troppo elevata di risorse per eventuali ripiani *ex post* che, di fatto, renderebbero inefficaci i criteri di finanziamento adottati. È quanto avvenuto in passato in Toscana, anche a causa delle integrazioni continue dei finanziamenti prove-

Tabella 1 - Spesa totale regionale anni dati 1998-2001 (in miliardi di lire)

Anno	Fonte dei dati					
	Regione Toscana			Aziende sanitarie locali		
	Finanziamento <i>ex ante</i>	Ripiano <i>ex post</i>	% sui trasferimenti	Spesa totale meno entrate proprie	Disavanzo (ripianato)	Disavanzo/spesa %
1998	6.126	268	4,18	6.176	267	3,67
1999	6.431	170	2,58	6.359	164 (+)	2,09
2000	7.333	153	2,04	7.482	153	1,78
2001	8.122	202	2,42	8.302	202	2,12
Totale	28.012	792	2,75	28.319	786	2,37

(+) Al netto dei 300 miliardi di lire di fondo integrativo e 103 di accantonamento per patto di stabilità trasferiti a bilanci chiusi.

Attenzione: le due fonti sono diverse e quindi anche i dati lo sono sia per sostanza (ad esempio piccole quote del sociale, ecc.) sia per soggettività della fonte stessa.

nienti dal governo nazionale. I meccanismi di salvaguardia, come ad esempio assicurare una quota di incremento minimo annuo, possono anch'essi avere effetti distortivi, mentre sembrerebbe più corretto introdurre metodi di aggiustamento per la spesa storica che renda il meccanismo trasparente.

2.2. Il finanziamento delle Aziende ospedaliere e dell'ospedalità privata

Le quattro Aziende ospedaliere regionali toscane (gli ospedali universitari di Firenze, Siena e Pisa e l'ospedale pediatrico Meyer di Firenze) sono finanziati per l'84% (2.875 milioni di euro nel periodo 1998-2001) dalle entrate provenienti dalla loro attività, e cioè dai trasferimenti dalle Asl per i ricoveri dei loro residenti sulla base delle tariffe Drg e dalle entrate dirette per i servizi a pagamento; e per il 16% (555 milioni di euro nel 1998-2001) dai trasferimenti finanziari regionali indirizzati, per circa i tre quarti, ai centri di riferimento regionali e alle attività connesse alla didattica e alla ricerca, e per il resto consistenti in ripiani *ex post* dei disavanzi aziendali. Si osservi che i trasferimenti tra Asl ed Ao sono per lo più regolati da meccanismi di negoziazione diretta tra le Aziende, con la supervisione della Regione.

Per l'ospedalità privata il finanziamento è anch'esso regolato dalle tariffe Drg sulla base di un limite massimo, finanziario e di attività, dei servizi erogabili da ciascuna struttura privata, determinato dalla Asl del territorio di riferimento. Gli oneri relativi sono imputati alle Asl di residenza di ciascun ricoverato.

Tutti gli altri ospedali della Regione sono invece dei servizi interni alle Asl territoriali e quindi non ricevono

alcun finanziamento ulteriore regionale.

In conclusione quasi tutta la spesa ospedaliera rientra nel finanziamento alle Asl tranne una piccola quota (appunto i 555 milioni di euro nel 1998-2001) direttamente a carico del fondo regionale.

2.3. La determinazione della quota capitaria: quali correzioni sono appropriate?

Nel settore sanitario la maggior parte dei servizi ha costi proporzionali al numero di abitanti; altri servizi invece sono dipendenti da fattori differenti come, ad esempio per la prevenzione ambientale, l'estensione del territorio. Poiché questi ultimi non hanno un impatto economico rilevante, in genere si sceglie di considerare i loro costi apportando correzioni alla quota capitaria piuttosto che affiancare altre mo-

dalità aggiuntive di definizione del fabbisogno.

Il criterio principale sottostante alla quota capitaria corretta è quello di assegnare le risorse in relazione sia ad indicatori di fabbisogno basati su caratteristiche demografiche, sia a fattori che influenzano i costi unitari di produzione dei servizi, sia ad esplicite valutazioni politico-programmatiche.

Le variabili utilizzate per correggere la quota capitaria dovrebbero:

— essere in grado di spiegare almeno parte della variabilità della spesa sanitaria attuale: tuttavia non tutto ciò che spiega la variabilità della spesa può essere adottato per ripartire le risorse (ad esempio, l'inefficienza dei sistemi spiega parte della variabilità della spesa ma non è certo un buon criterio);

— avere possibilmente una sua verificabilità anche a livello di singo-

Tabella 2 - Spesa per Asl anni 1998-2001 (in miliardi di lire)

Asl	Spesa	Disavanzo (ripianato)	Disavanzo/spesa %
1 di Massa e Carrara	2.088	65	3,11%
2 di Lucca	2.071	68	3,29%
3 di Pistoia	2.475	41	1,67%
4 di Prato	2.009	49	2,45%
5 di Pisa	2.878	67	2,32%
6 di Livorno	3.216	139	4,34%
7 di Siena	2.463	85	3,47%
8 di Arezzo	2.984	73	2,46%
9 di Grosseto	2.071	136	6,55%
10 di Firenze	7.617	370	4,85%
11 di Empoli	1.845	43	2,31%
12 di Viareggio	1.510	52	3,47%
Totale Regione 4 anni	33.225	1.189	3,58%
Totale al netto per l'anno 1999 dei 300 miliardi di lire del fondo integrativo e dei 103 del patto di stabilità trasferiti a bilanci delle Asl già chiusi (vedi tabella 1)	33.225	786	2,37%

lo individuo e non solo a livello aggregato di Asl, per evitare di incorrere nella cosiddetta fallacia ecologica (2);

— non dipendere in senso inverso dall'attività del sistema sanitario, e cioè ad una mancanza di azione o ad una sua inefficacia, sia per quantità sia per qualità, non deve corrispondere una assegnazione di quote maggiori.

Il Psr Toscana 2002-2004 ha scelto di ripartire il fondo ordinario di gestione attraverso due modalità:

a) il 90% viene ripartito a livello regionale tra i livelli e i sotto-livelli di assistenza sulla base della popolazione residente (3) suddivisa per classe d'età con pesi differenziati per ciascuna classe in relazione ai differenti e specifici consumi per abitante rilevati in Toscana (tabella 4). I consumi per classe di età sono stati considerati la variabile, fra quelle disponibili, migliore per stimare il fabbisogno di assistenza. Si tratta di una variabile di domanda espressa che, in quanto influenzata anche dall'offerta, è solamente una *proxy* dell'effettivo bisogno di assistenza della popolazione. In questo senso è utilizzata da tutti i sistemi di finanziamento sia in Italia sia all'estero. Oltre ad essere una variabile di cui si dispongono informazioni certe, è sicuramente uno dei maggiori determinanti dei consumi sanitari sia perché è associata alla prevalenza di patologie sia perché anche nei soggetti sani determina maggiori consumi sanitari (vedi grafico 1) e la sua inclusione non introduce incentivi perversi nel sistema visto che non è modificabile.

Un aspetto importante è come si calcola la distribuzione delle risorse fra i livelli e i sotto livelli assistenziali. Si ritiene di essere più precisi creando prima una ripartizione tra i livelli e poi una ponderazione per età all'interno di ciascun livello; ciò si-

gnifica assumere che un livello sia totalmente indipendente dall'altro, il che non è dimostrato. La definizione di una quota per livello è quasi l'unico criterio quantitativo usato nella programmazione regionale: è questo il modo con cui il programmatore definisce la quota da assegnare a ciascun comparto definendone così l'importanza relativa. È necessario sottolineare che qualora si volesse allocare una quota precisa di risorse a ciascuna Asl per un determinato livello di assistenza, si dovrebbe operare diversamente trascurando il criterio dell'età. Definendo, ad esempio, una quota del 5% al livello regionale per la prevenzione e associando a questa differenti pesi per le varie classi di età della popolazione delle Asl, il calcolo delle risorse relative da assegnare non risulterà necessariamente essere uguale esattamente al 5% per ogni Asl bensì un po' di più o di meno.

In Toscana le quote di ciascun livello e sotto-livello di assistenza sono

determinate tenendo conto delle risorse effettivamente impiegate dalle Asl negli esercizi precedenti, corrette da indicazioni programmatiche e depurate delle quote finalizzate relative ai fondi speciali che non si distribuiscono uniformemente tra tutti i livelli di assistenza; la tabella 3 mostra le quote nette di distribuzione del fondo ordinario di gestione delle Asl per il triennio 2002-2004.

La quota di fondo per la prevenzione è attribuita, nei limiti dell'ammontare complessivamente determinato in relazione alla tabella 1, in quota parte in sede di assegnazione del fondo ordinario ed in quota parte, determinata annualmente dalla Giunta regionale, sulla base di specifici progetti. In tal modo si raggiunge il limite del 5% sul totale del finanziamento.

Per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera, la specialistica ambulatoriale e quella farmaceutica i pesi attribuiti alle classi di età sono diversi da

Tabella 3

Livelli e sottolivelli	Composizione % del 90% del fondo assegnato a quota capitaria	Composizione % sul totale del fondo assegnato a quota capitaria
Prevenzione	5,00	4,50
Assistenza territoriale	52,00	46,80
Di cui:		
<i>convenzioni mediche nazionali</i>	6,00	5,40
<i>farmaceutica</i>	14,00	12,60
<i>assistenza residenziale anziani</i>	3,50	3,15
<i>assistenza distrettuale e domiciliare</i>	6,00	5,40
<i>riabilitazione</i>	3,00	2,70
<i>specialistica e diagnostica</i>	13,50	12,15
<i>salute mentale</i>	4,50	4,05
<i>dipendenze</i>	1,50	1,35
Assistenza in regime di ricovero ospedaliero	43,00	38,70

quelli del piano sanitario precedente (grafico 2). Ciò è dovuto alla disponibilità di informazioni più dettagliate sui consumi regionali per età e sul loro valore economico. In particolare le differenze sono notevoli per l'assistenza specialistica per la quale non si disponevano di stime sufficientemente attendibili. Al fine di verificare l'attendibilità delle informazioni sui consumi per età della Toscana, sono state confrontate con quelle della regione Lombardia (Regione Lombardia, 2001). È necessario considerare che il confronto è sulla distribuzione per età avendo posto uguale a 100 il totale dei

valori dei consumi per settore per eliminare le differenze che i diversi sistemi tariffari potrebbero indurre fra le due regioni. Tuttavia l'unica differenza di qualche rilievo fra Toscana e Lombardia è il maggior consumo di farmaci dopo i 65 anni di età in Lombardia. L'omogeneità rilevata tra i consumi per età in Toscana e in Lombardia dimostra che il fattore età è una struttura molto forte nei consumi e non varia anche fra sistemi molto differenti tra di loro per impostazione politico-organizzativa;

b) il restante 10% del fondo è attribuito alle Asl sulla base della popo-

lazione residente pesata in relazione alle condizioni socio-ambientali del territorio delle Asl medesime. L'assunto sottostante questo criterio è che vi siano differenze sia nel volume dei consumi sia nei costi di produzione dei servizi in presenza di caratteristiche ambientali e della dispersione della popolazione. Alla determinazione di tali condizioni si perviene utilizzando le seguenti quote: il 7% per le caratteristiche del territorio, il 3% destinato a riconoscere i maggiori fabbisogni derivanti dal grado di accentramento della popolazione in ragione dei maggiori costi registrati nelle zone ad alta

Tabella 4 - Pesì attribuiti alle classi di età per livello e sottolivello di assistenza (le percentuali per livello assistenziale sono calcolate sul 90% del fondo allocato a quota capitaria)

Composizione % F.S.R.	Prevenzione	Assistenza territoriale								Assistenza ospedaliera
Livello	5,00	52,00								43,00
Sottolivello		6,00	14,00	3,50	6,00	3,00	13,50	4,50	1,50	
Classi di età		Convenzioni mediche nazionali	Farmaceutica	Anziani residenziale	Distrett. e dom.	Riabilitazione	Specialistica	Salute mentale	Dipendenze	
0-4	2,500	1,000	0,427	0,000	1,500	1,500	0,520	0,300	0,000	1,117
5-9	2,500	1,000	0,333	0,000	1,500	1,500	0,385	1,000	0,000	0,252
10-14	2,500	1,000	0,267	0,000	1,500	1,500	0,446	1,000	0,500	0,237
15-19	2,500	1,000	0,295	0,000	1,000	1,000	0,541	1,000	3,000	0,324
20-24	1,500	1,000	0,306	0,000	1,000	1,000	0,559	1,000	3,000	0,401
25-29	1,500	1,000	0,333	0,000	1,000	1,000	0,624	1,000	3,000	0,467
30-34	1,500	1,000	0,377	0,000	1,000	1,000	0,679	1,000	3,000	0,541
35-39	1,500	1,000	0,435	0,000	1,000	1,000	0,659	1,000	3,000	0,496
40-44	1,500	1,000	0,523	0,000	1,000	1,000	0,704	1,000	3,000	0,494
45-49	1,500	1,000	0,684	0,000	1,000	1,000	0,840	2,000	3,000	0,604
50-54	1,500	1,000	0,962	0,000	1,000	1,000	1,015	2,000	1,000	0,734
55-59	1,500	1,000	1,238	0,000	1,000	1,000	1,161	2,000	1,000	0,986
60-64	1,500	1,000	1,619	0,000	1,000	1,000	1,396	2,000	1,000	1,245
65-69	1,000	1,000	2,058	1,000	2,000	2,000	1,859	1,000	1,000	1,712
70-74	1,000	1,000	2,387	1,000	2,000	2,000	2,003	1,000	1,000	2,192
75-79	1,000	1,000	2,544	2,000	3,000	3,000	2,025	0,500	1,000	2,584
80-84	1,000	1,000	2,546	2,000	3,000	3,000	1,685	0,500	1,000	3,031
Oltre 84	1,000	1,000	2,068	3,000	4,000	4,000	1,191	0,300	1,000	3,070

dispersione abitativa e dei maggiori consumi presenti nelle aree a forte concentrazione urbana. Il criterio dell'accentramento ha sostituito il criterio della densità presente nel precedente Psr (1999-2001). Si è infatti notato che con il criterio della densità si penalizzavano eccessivamente le città più grandi, che invece evidenziano criticità tali da giustificare un fabbisogno maggiore rispetto alle zone a densità minore.

La determinazione dei maggiori costi delle Asl in relazione alle condizioni socio-ambientali del territorio è molto difficile a causa della presenza di numerosi fattori confondenti. I criteri dell'altitudine e dell'accentramento sono giustificati in due diversi modi:

— per l'accentramento si ipotizza una distribuzione ad U dei bisogni di prestazioni, maggiori nei comuni piccoli e in quelli grandi (tabella 5);

— per l'altitudine invece non si ipotizza una diversità nello stato di salute e nel conseguente ricorso ai servizi, ma delle differenze nei costi di produzione dei servizi in zone montane e insulari e in zone di pianura (tabella 6).

La tabella 6 mostra i pesi applicati alla popolazione per il 7% delle risorse allocato in base alle caratteristiche del territorio.

Si noti il peso molto alto assegnato alle isole; in realtà questo peso si applica ad una popolazione molto limitata e quindi comporta per l'Asl di competenza un incremento del finanziamento marginale.

Il restante 3% è allocato in base al parametro definito di «accentramento/rarefazione» della popolazione; tale parametro valuta le caratteristiche insediative dei territori delle diverse Asl individuando sei classi alla cui popolazione relativa è attribuito un peso indicato nella tabella 5.

I pesi attribuiti alle sei classi non sono stati stimati sulla base di informa-

zioni quantitative dettagliate, ma sono basati su valutazioni di tipo politico-programmatico relative alle esperienze degli ultimi anni. Le decisioni sui pesi sono scaturite da un processo di negoziazione durante il quale sono state utilizzate le informazioni disponibili nelle indagini multiscopo dell'Istat per verificare la coerenza delle scelte effettuate. Ad esempio, il grafico 3 mostra l'andamento dell'indicatore di stato di salute autopercepita in base all'età e il suo valore medio nelle classi di età più anziane in base all'ampiezza del comune di residenza. Sono stati considerati grandi i comuni con un numero di abitanti superiore a 50.000, medi quelli con un numero di abitanti fra 10.000 e 50.000, piccoli quelli con meno di 10.000 abitanti. Nelle classi di età anziane i comuni grandi sembra abbiano una popolazione mediamente in stato di salute migliore.

Tuttavia, le popolazioni residenti nei comuni grandi e in quelli molto

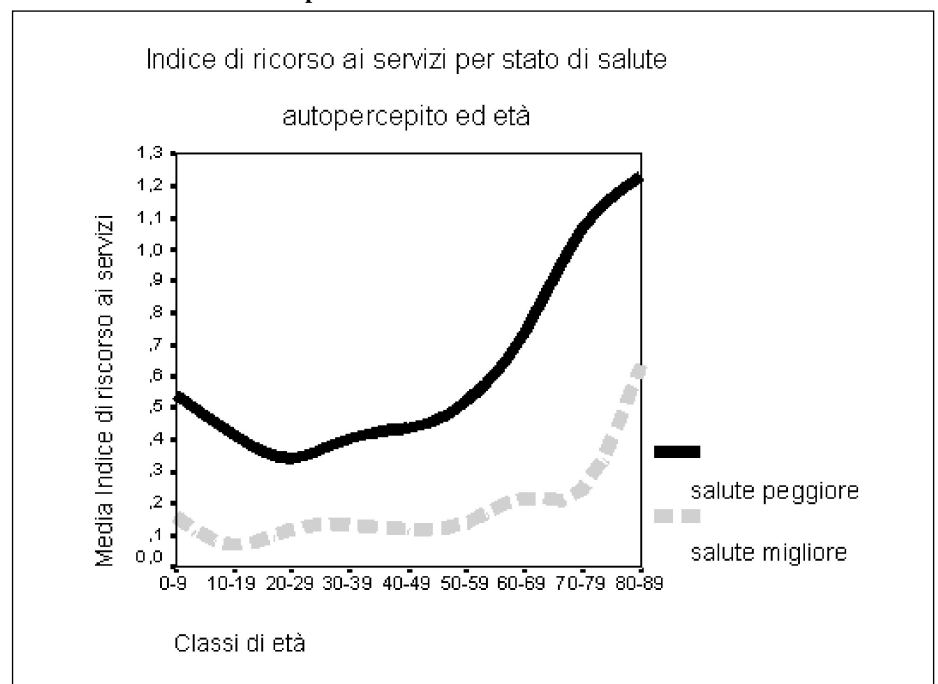
piccoli sembra che ricorrano maggiormente all'utilizzo dei servizi sanitari; il grafico 4 mostra l'andamento di un indice di ricorso ai servizi (Irs, box 1) calcolato, nell'ambito di un progetto dell'Istat sui determinanti dei consumi sanitari (Progetto salute 2000) dall'Osservatorio di economia sanitaria dell'Agenzia regionale di sanità toscana.

Considerando sempre le classi di età anziane, i comuni grandi e quelli piccoli sembrano avere mediamente un Irs maggiore di quelli medi.

2.4. È necessario considerare il criterio della spesa storica introducendo però anche meccanismi di premio/sanzione legati alle performance delle Asl?

Per i tre livelli o sotto-livelli assistenziali che assorbono le quote maggiori di risorse (l'assistenza ospedaliera, quella specialistica e quella farmaceutica), il Psr toscano

Grafico 1 - Ricorso ai servizi per stato di salute ed età

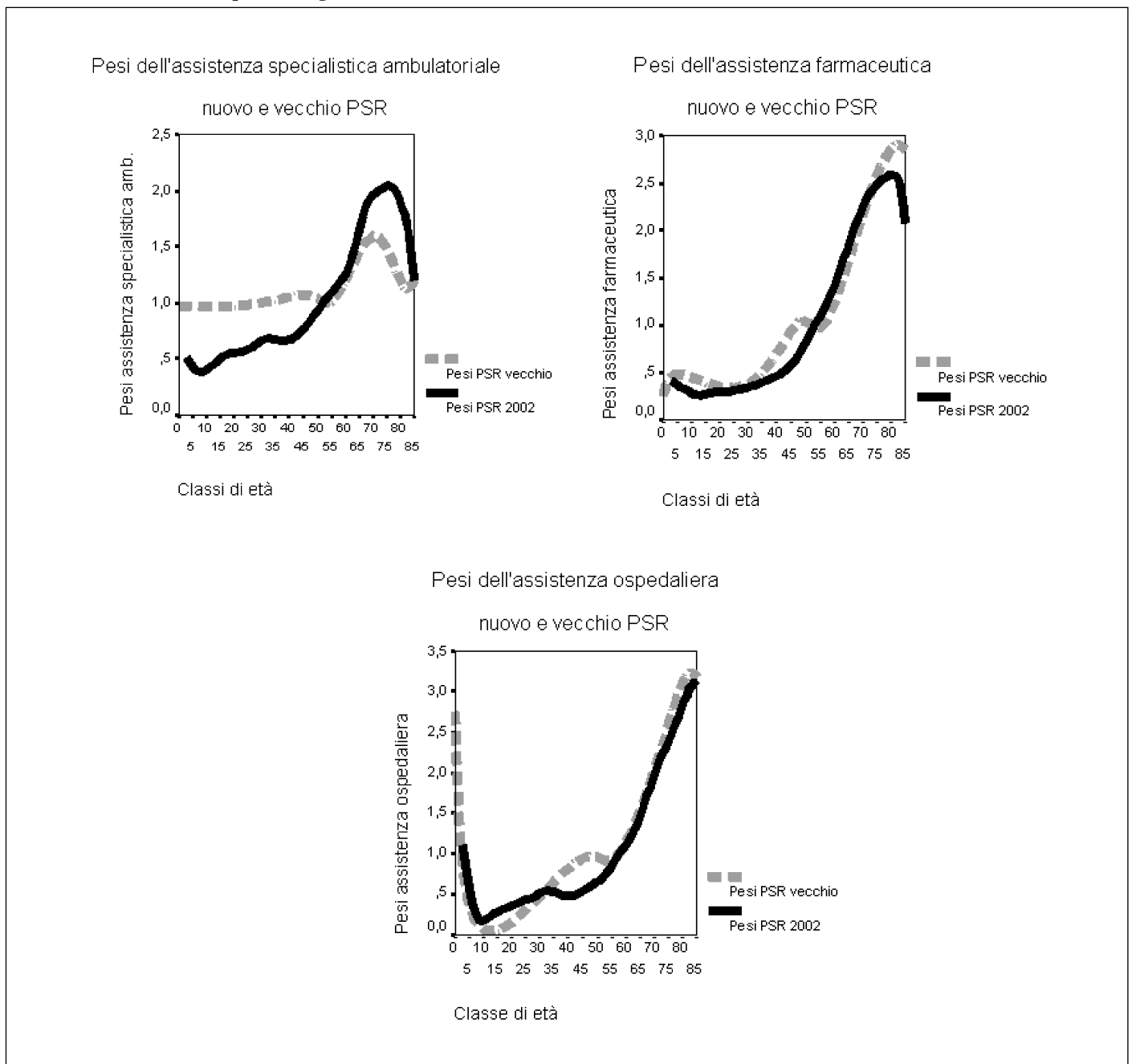


ha introdotto una procedura di aggiornamento dei criteri di finanziamento per popolazione pesata, che tiene conto dei costi sostenuti negli esercizi precedenti legati a fattori contin-

genti, e nel contempo dell'obiettivo di premiare le Asl che sono riuscite a contenere questi maggiori costi e quindi a riallinearsi tendenzialmente ai valori *standard*. In tal modo l'asse-

gnazione viene aggiustata sulla base sia dell'ammontare della spesa storica sia del suo andamento temporale, valorizzando le tendenze alla riduzione.

Grafico 2 - Confronto fra i pesi del Psr 2002-2004 e quelli del Psr precedente. Assistenza specialistica, farmaceutica e ospedaliera (i pesi 2002-2004 corrispondono agli effettivi consumi rilevati in Toscana nel 2000)



La procedura di aggiustamento è la seguente:

1) per ciascun livello assistenziale, assistenza ospedaliera, specialistica ambulatoriale e farmaceutica si individua l'Asl che nell'anno precedente ha avuto il minor costo per abitante aggiustato secondo la struttura per età e sesso dei residenti. Tale valore *pro capite* può essere considerato l'ammontare minimo di risorse necessarie per erogare i servizi relativi al livello assistenziale; da un lato rappresenta quindi l'obiettivo al quale tutte le Asl dovrebbero tendere, e dall'altro il livello minimo di finanziamento che tutte le aziende dovrebbero ricevere per poter offrire i servizi;

2) questo ammontare (minimo) di risorse *pro capite*, maggiorato della quota di incremento delle risorse disponibili nell'anno di riferimento per ciascun livello assistenziale, viene allocato a tutte le Asl in base alla loro popolazione pesata per età e sesso. Moltiplicando il costo per abitante più basso per il numero di residenti in ciascuna Asl, aggiustato per età e sesso, si ottiene il *fabbisogno di risorse minimo* necessario a ciascuna Asl per erogare quel livello di assistenza. La sommatoria del *fabbisogno minimo* di ciascuna Asl costituisce il *fabbisogno minimo regionale* per ciascun livello di assistenza;

3) a questo punto la differenza fra il *fabbisogno minimo* regionale e le risorse totali disponibili per ciascun livello di assistenza per l'anno di riferimento costituisce la *disponibilità aggiuntiva di risorse* da distribuire alle Asl in base alla popolazione residente, sempre pesata per età e sesso, e a due fattori di correzione che hanno due obiettivi di medio-lungo periodo: il primo è che la spesa della Asl tenda da una parte a diminuire e dall'altra a stabilizzarsi su valori simili fra le Asl; il secondo che il finanziamento si adegui nel breve periodo alla capacità di

contenimento dei costi delle aziende e quindi consideri la spesa dei precedenti esercizi fornendo un finanziamento non eccessivamente inferiore alle stesse.

Il primo fattore di correzione è costituito dalla differenza fra il costo mi-

nimo per abitante del livello di assistenza e il costo *pro capite* di ciascuna Asl. Questo indicatore è considerato una *proxy* della differenza nell'efficienza fra ciascuna Asl e quella con il minor costo per abitante. Esso premia nei fatti l'inefficienza e penalizza l'A-

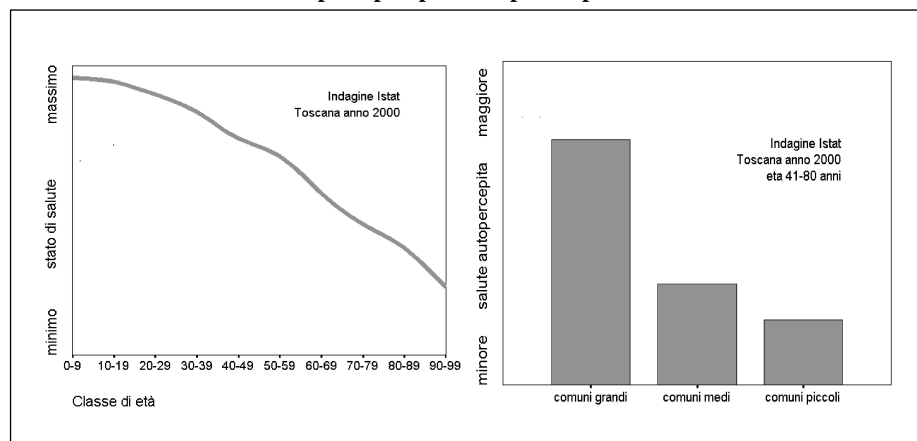
Tabella 5

Distribuzione popolazione in centri abitati	Peso
Popolazione in centri abitati inferiori a 2.500 abitanti	10
Popolazione in centri abitati da 2.501 a 5.000 abitanti	4,5
Popolazione in centri abitati da 5.001 a 10.000 abitanti	3
Popolazione in centri abitati da 10.001 a 50.000 abitanti	2
Popolazione in centri abitati da 50.001 a 100.000 abitanti	1
Popolazione in centri abitati superiori a 100.000 abitanti	2,5

Tabella 6

Caratteristiche del territorio	Peso
Pianura	1,0
Collina litoranea	1,2
Collina interna	2,0
Montagna	3,0
Isole	10,0

Grafico 3 - Stato di salute autopercepito per età e per ampiezza del Comune



sl con il minor costo *pro capite*. Tuttavia, poiché le cause delle inefficienze sono spesso difficilmente modificabili nel breve periodo senza portare al collasso l'azienda, questo indicatore riconosce le differenze nella spesa storica assegnando maggiori risorse alle Asl che nell'anno precedente hanno una spesa maggiore. Il rationale di questa correzione sta nel riconoscimento della presenza di differenze nei costi di produzione dei servizi fra le Asl che non sono spiegate né dagli aspetti demografici né dalle condizioni socio-ambientali del territorio dell'Asl. Di conseguenza, alle Asl che nell'anno precedente hanno avuto maggiori costi viene allocata una quota maggiore di risorse nella misura di una percentuale del maggior costo. Tuttavia, per non incentivare comportamenti inefficienti, questa quota di maggiori risorse viene ridotta o aumentata in base al *trend* della spesa degli ultimi due anni. Il secondo fattore di correzione è, quindi, rappresentato dalla variazione del costo *pro capite* del livello di assistenza degli ultimi due anni per ciascuna Asl rispetto alla variazione media regionale. Questo indicatore fornisce una misura degli sforzi dell'azienda nel contenere la crescita della spesa nel corso del tempo. Con tale correzione si allocano maggiori risorse alle Asl che hanno dimostrato di avere avviato un processo di contenimento della spesa ottenendo risultati apprezzabili.

Combinando questi due indicatori si ottiene un coefficiente di ponderazione da applicare alla quota di risorse eccedente il fabbisogno minimo spettante a ciascuna azienda per ciascun livello assistenziale (dell'assistenza ospedaliera, specialistica e farmaceutica).

L'allocazione per ciascuna Asl è quindi così determinata:

$$\text{Allocazione Asl}_i = \text{Fabbisogno minimo Asl}_i + [(\text{disponibilità aggiuntiva pro capite} \times \text{popolazione pesata Asl}_i)] \times (S_i \times T_i)$$

S = coefficiente di aggiustamento per la spesa storica

T = coefficiente di aggiustamento per il *trend* della spesa

$$\text{Fabbisogno minimo Asl}_i = (\text{spcMIN}_{t-1}) \times (\text{popolazione pesata Asl}_i)$$

spcMIN_{t-1} = spesa *pro capite* minima = spesa minima regionale per abitante dell'anno t-1 del livello assistenziale aggiustato secondo la struttura per età e sesso dei residenti.

$$\text{Disponibilità aggiuntiva pro capite} = \left[\frac{\text{Risorse disponibili } i - \sum_i \text{Fabbisogno minimo Asl}_i}{\text{Popolazione Regione Toscana}} \right]$$

$$S_i = 1 + \left[\frac{(\text{spcAsl}_{i,t-1} - \text{spcMin}_{t-1})}{\text{spcMIN}_{t-1}} \right]^y$$

$$A_i = \left(\frac{\text{spcREG}_{t-1}}{\text{spcREG}_{t-2}} \right) \left(\frac{\text{spcASL}_{t-1}}{\text{spcASL}_{t-2}} \right)$$

$$T_i = 1 + (A - \min A)^z$$

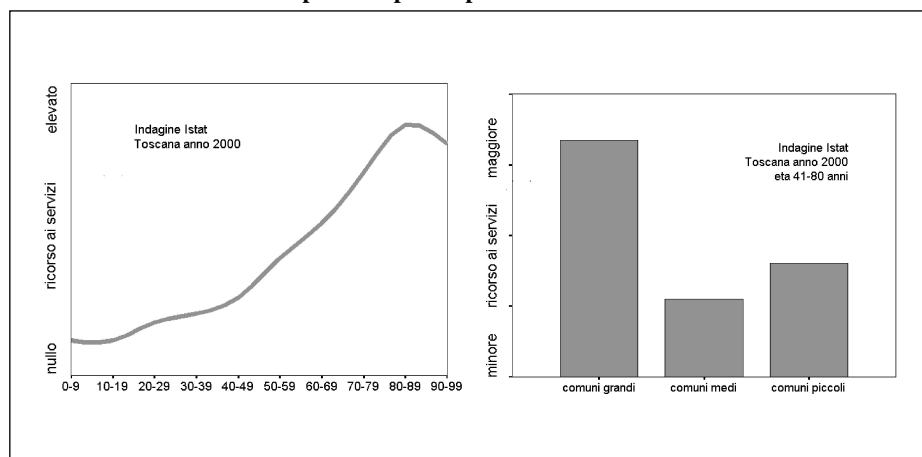
minA = minimo regionale di A

spcAsl_{t-1} = spesa *pro capite* pesata dell'Asl nell'anno t-1

spcREG_{t-1} = spesa *pro capite* pesata regionale nell'anno t-1

spcREG_{t-2} = spesa *pro capite* pesata minima regionale nell'anno t-2

Grafico 4 - Ricorso ai servizi per età e per ampiezza del Comune



Nella prima applicazione del modello i parametri y e z sono stati posti rispettivamente uguali a $y = 1,5$ e $z = 1$ ma possono essere modificati dal programmatore da un anno all'altro se si evidenziano andamenti inattesi.

Il risultato del sistema di aggiustamento dipende dalla quota di risorse alla quale è applicato e dal peso attribuito agli indicatori utilizzati; si noti comunque che il Psr prevede una clausola di garanzia per cui il fondo ordinario di gestione assegnato a ciascuna Azienda Usl, a meno di situazioni eccezionali, non dovrà comunque avere un valore inferiore a quello assegnato nel precedente esercizio attualizzato al tasso di inflazione programmato. Questa clausola di fatto riduce la portata dei meccanismi incentivanti annullando praticamente le situazioni penalizzanti.

2.5. Simulazione dell'applicazione del modello di correzione per i livelli di assistenza ospedaliero, specialistica ambulatoriale e farmaceutica

Il grafico 5 mostra come si posizionano le 12 Asl toscane (numerare da 1 a 12) rispetto alla media regionale della spesa dell'anno 2000 e alla sua variazione nel 2000 rispetto al 1999 nei tre livelli dell'assistenza ospedaliero, specialistica ambulatoriale e farmaceutica. Ad esempio, nell'assistenza ospedaliera l'Asl 5 ha avuto nel 2001 il costo *pro capite*, corretto per l'età e il sesso della popolazione residente, più basso e la spesa ospedaliera nel periodo 1999-2000 è cresciuta nella media regionale. Sei Asl hanno avuto una crescita della spesa superiore alla media regionale e cinque inferiore. Nell'assistenza specialistica le Asl 9 e 11 sono quelle che hanno avuto il costo *pro capite* più basso ma nella prima la spesa è cresciuta nel 2001 di più della media regionale mentre nella seconda è cresciuta meno della media regiona-

le. Per l'assistenza farmaceutica l'Asl 10 ha avuto il costo *pro capite* più basso ed anche una crescita della spesa inferiore alla media regionale.

Come si è detto precedentemente l'effetto delle correzioni per la spesa storica e per il *trend* sull'allocazione alle Asl dipende dal peso attribuito ai parametri inseriti nel modello e dalla quantità di risorse sulla quale è applicato. Il grafico 6 (a-f) mostra le differenze fra l'allocazione delle risorse alle Asl per l'assistenza ospedaliera, specialistica e farmaceutica, in base all'indice di accesso senza e con correzione per la spesa storica e il *trend*. Si tratta di una simulazione dell'effetto della correzione sulle allocazioni delle risorse alle Asl senza tenere conto della clausola di garanzia per la quale il fondo ordinario di gestione assegnato a ciascuna Asl non dovrà comunque avere un valore inferiore a quello assegnato nel precedente esercizio attualizzato al tasso di inflazione programmato. Come si vede abbastanza chiaramente, le differenze sul totale dei tre livelli assistenziali non sono molto elevate; infatti l'Asl che guadagnerebbe di più dalla correzione riceverebbe una allocazione di quasi 2 milioni di euro superiore, mentre quella che perderebbe di più riceverebbe un milione di euro in meno. Le Asl 4, 10, 8, 1 e 6 riceverebbero maggiori risorse mentre, le altre sette di

meno. È interessante notare che solo l'Asl 8 riceverebbe maggiori risorse in tutti e tre i livelli assistenziali, mentre le altre presentano andamenti discordanti a seconda del livello. Questi risultati tuttavia potrebbero essere influenzati dal livello di accuratezza nella rilevazione dei dati sui costi per livello assistenziale, che presenta a sua volta una discreta variabilità fra le Asl.

3. Conclusioni

Al fine di permettere alle Asl di svolgere le loro funzioni efficientemente è necessario individuare sistemi di finanziamento che consentano:

- la certezza del finanziamento ad inizio anno per poter fare una politica budgetaria e prevedere con realismo la spesa futura;

- la possibilità di indirizzare la spesa inserendo criteri programmatici qualitativi.

La Toscana ha avviato un processo di miglioramento delle modalità di allocazione delle risorse alle Asl e di individuazione delle informazioni necessarie per informare tali decisioni. Le novità principali introdotte dal nuovo Psr toscano sono:

- l'utilizzo dei reali consumi per età calcolati sulla popolazione toscana per il sistema di ponderazione della quota capitaria;

Box 1

Indice di ricorso ai servizi (I.R.S.)

L'IRS è calcolato come la somma dei valori monetari corrispondenti alle prestazioni consumate da ciascun soggetto moltiplicato per la loro frequenza e riportato ad un periodo complessivo di un anno (nonostante le singole informazioni sui consumi siano rilevate per periodi inferiori e non omogenei fra loro).

Formalmente:

$$I.R.S. = \sum_s (w_s * f_s * 12/t_s)$$

w_s = valore della prestazione unitaria «S»;

f_s = frequenza della prestazione unitaria «S»;

t_s = mesi su cui è stimata la frequenza di «S».

— la sostituzione del criterio della densità abitativa con quello dell'accentramento per distribuire il 3% del fondo di gestione;

— una diversa distribuzione percentuale delle risorse fra i livelli e i sotto livelli assistenziali;

— l'introduzione per i livelli o sotto-livelli assistenziali dell'assistenza ospedaliera, specialistica e farmaceutica, di una procedura di aggiustamento dei criteri di finanziamento per popolazione pesata, che tiene conto dei costi sostenuti negli esercizi prece-

denti legati a fattori contingenti, e nel contempo dell'obiettivo di premiare le Asl che sono riuscite a contenere i costi e quindi a riallinearsi tendenzialmente ai valori *standard*.

I nuovi pesi e la diversa distribuzione delle risorse fra i livelli assistenzia-

Grafico 5 - Spesa pro capite anno 2000 e trend 1999-2000

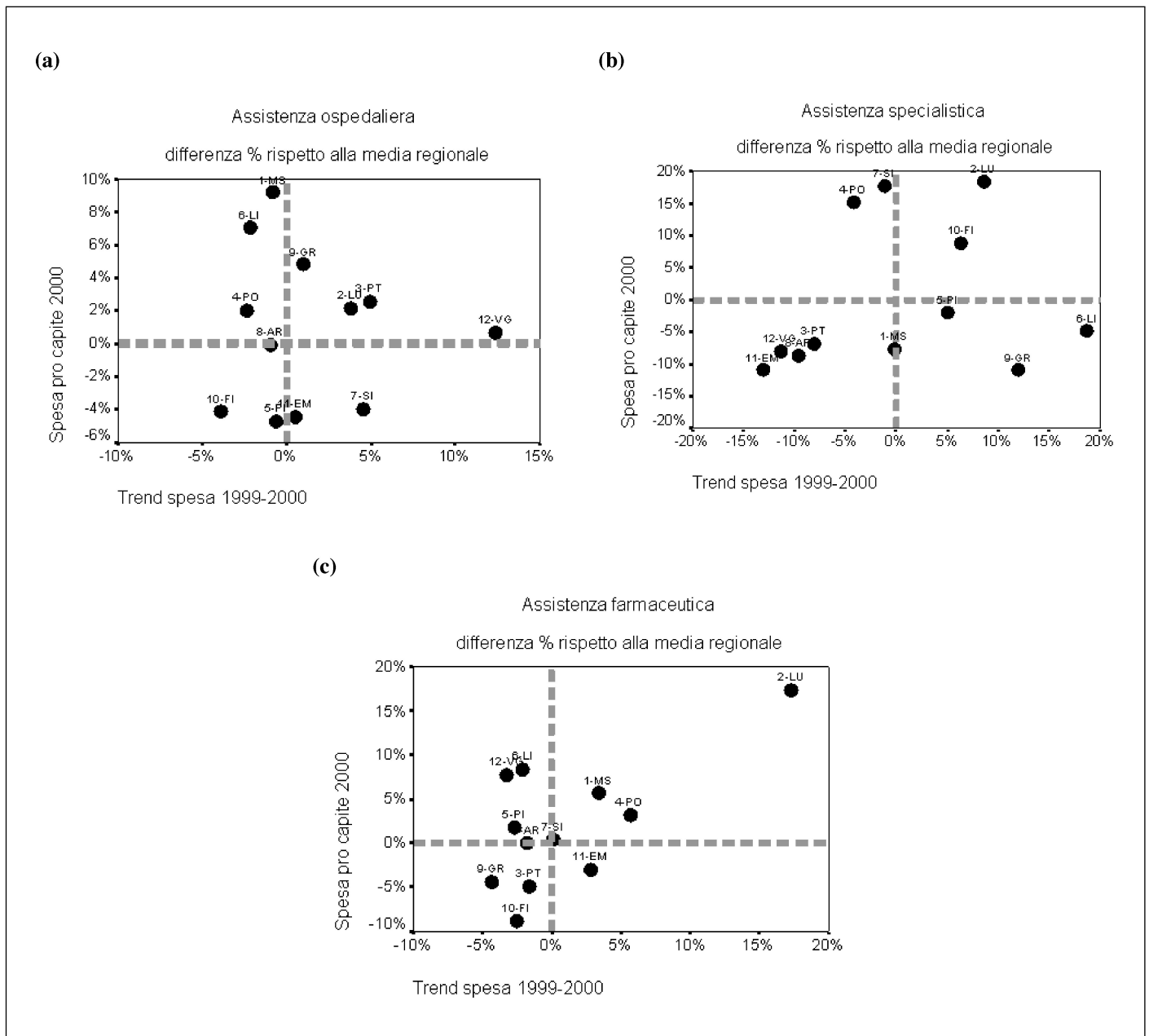
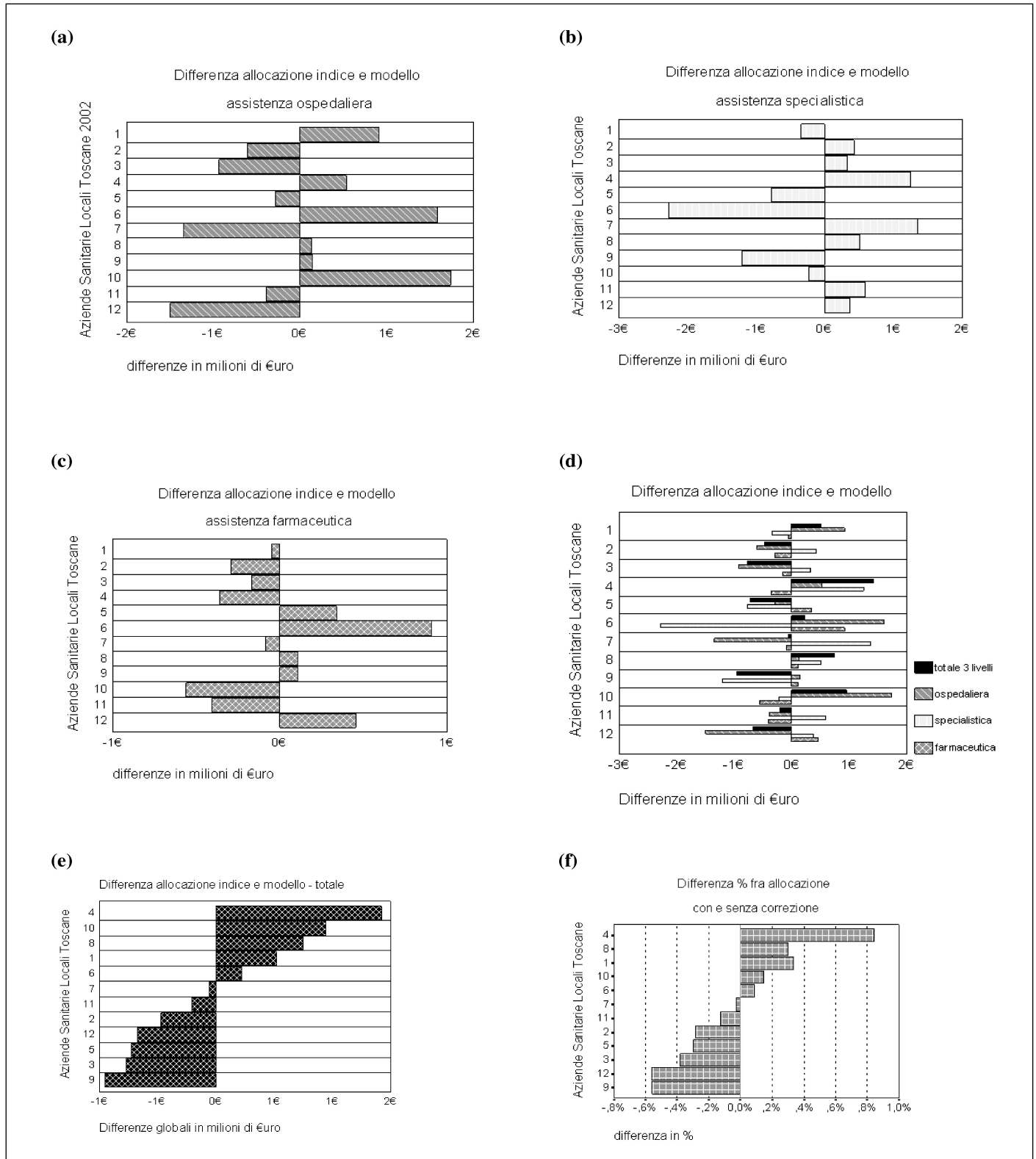


Grafico 6 - Risultati della simulazione



li non hanno suscitato grandi discussioni e sono stati accettati e condivisi da tutti. Il nuovo criterio dell'accenramento è stato invece accolto da alcuni con perplessità prevalentemente perché premia le città più grandi della regione, che peraltro era l'obiettivo esplicito della modifica introdotta.

La correzione per la spesa storica e per il *trend* invece, per ora, non è stata né molto avvertita né molto discussa per due motivi: il primo, tecnico, è costituito dalla clausola di garanzia di aumento delle risorse di almeno il 75% dell'incremento medio regionale che, di fatto, rende il sistema di aggiustamento debole; il secondo è costituito dal fatto che essendo relativamente complesso non sembra essere stato ancora capito a sufficienza. Infine, le difficoltà riscontrate nella stima dei parametri ha messo in evidenza la necessità di migliorare la qualità dei dati sui costi per livello assistenziale, fondamentali per elaborare modelli di allocazione delle risorse migliori e per valutarne l'impatto sui sistemi aziendali locali.

Per valutare gli effetti nel medio periodo delle scelte del Psr toscano si dovrebbe: valutare se il sistema di ponderazione ha una sua coerenza all'interno delle singole Asl, cioè se l'inten-

sità e il costo dei consumi per età, all'interno dei LEA, è costante fra le Asl; valutare le effettive differenze nei costi a seconda delle condizioni ambientali e se ciò è dovuto a difficoltà oggettive di tipo organizzativo oppure ad inefficienza; verificare ulteriormente l'ipotesi di differenze nei consumi in base all'accenramento, anche per comprendere meglio quanto il maggior consumo nelle aree metropolitane è effettivamente dovuto ad un bisogno maggiore oppure a domanda indotta dall'offerta; verificare l'effettivo funzionamento del meccanismo di incentivazione per i *trend* meno crescenti e se la correzione per la spesa storica e la clausola di garanzia di crescita per l'inflazione di fatto non vanificano un sistema abbastanza complesso riducendolo ad un sistema fondato sulla «spesa storica aggiustata»; infine, valutare il rapporto fra il finanziamento e la spesa anche all'interno di ciascun livello assistenziale, per analizzare in modo più approfondito i punti in cui si rilevano incoerenze e cercare una spiegazione.

(1) Le indagini multiscopo sulle famiglie sono effettuate dall'Istat ogni anno e rilevano gli aspetti fondamentali della vita quotidiana

ed i comportamenti delle famiglie italiane relativi a vari settori ed in particolare a quello della salute e dei servizi assistenziali. Sono indagini campionarie in cui le unità di rilevazione sono le famiglie ed i loro componenti e forniscono stime statisticamente rappresentative a livello nazionale e regionale.

(2) La fallacia ecologica consiste nel ritenere valido a livello individuale un effetto stimato tra variabili a livello aggregato.

(3) Per popolazione residente si intende quella ufficialmente riconosciuta nei flussi regionali relativi alle rilevazioni anagrafiche dei comuni toscani nonché, in quanto aventi diritto all'assistenza, gli stranieri extracomunitari non residenti con o senza regolare permesso di soggiorno; sono inoltre considerate anche le popolazioni zingare presenti nel territorio regionale.

BIBLIOGRAFIA

- ANESSI PESSINA E., CANTÙ E. (A CURA DI) (2001). *Rapporto OASI 2001. L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Milano, Egea.
- ISTAT (1999), *Indagine multiscopo sulle famiglie. Aspetti della vita quotidiana. Anni 1997, 1998, 1999*, Roma.
- ISTAT (2002), Convegno «Informazione statistica e politiche per la promozione della salute». Roma.
- PIANO SANITARIO REGIONALE 2002-2004, <http://www.rete.toscana.it/index.htm>.
- REGIONE LOMBARDIA (2002), *Comunicazione personale degli uffici regionali*.

KNOWLEDGE MANAGEMENT E AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE: L'ESPERIENZA DELLA ASL DI PISA

Giovanni Belcari¹, Tiziana Mele²

¹ Organizzazione e politiche del personale - Asl Pisa

² CLAPI - Bocconi

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Gli *assets* intangibili e il capitale intellettuale - 3. Le competenze e il capitale umano caratterizzante le organizzazioni - 4. Gli *intangibles* e le competenze nelle aziende sanitarie - 5. L'analisi delle competenze in un'organizzazione professionale: il caso della Asl 5 di Pisa.

The aim of the article is to introduce the theme of Intellectual Capital underling its importance for health organizations and focusing on the attempt to apply some concepts to Asl 5, located in Tuscany. Intellectual capital refers to a company's intangible assets that can't be measured in the same way of physical assets such as real estate, cash flow and equipment. The knowledge that company's employees have about its products and services — as well as the company's organizational systems and intellectual property — make up its intellectual capital. Indeed, the label «intellectual capital» is generally used to mean the combination of human capital, structural capital and relationship capital. The input from which the article takes place can be found in the new issues that the Information/Knowledge Age has created and that seem to underline that the development and the enhancement of the value of employees and — above all — of their competencies, can be considered as huge factor for developing a successful organizational strategy. This age has affirmed a new class of workers — called knowledge workers — which includes health professionals. An important feature characterizing them is represented by knowledge as it's not only an input but also the output of their work. By this, it's possible to understand the importance to define how knowledge is created, transmitted and shared.

After a general discussion about structural and relationship capital, the article mainly focuses on the functions that Human Capital (which represents the combined value of the knowledge, experience and capabilities of employees) fills in health organizations. In order to analyse the impact of this component of intellectual capital in the organization, the article presents the definition and the identification of the main organizational competencies. Then, after this mapping, it's important to recognize the competencies that people actually working in the health organization, own. Comparing these two clusters should be easy to understand some gap to bridge through suitable tools.

1. Introduzione

Il presente lavoro ha la finalità di sviluppare il tema del capitale intellettuale e, in particolare si propone di analizzare il ruolo che un suo elemento, rappresentato dal capitale umano, ricopre in una specifica organizzazione professionale ovvero in un'azienda sanitaria. Nel primo paragrafo viene presentata un'analisi dei concetti che si sono sviluppati in seguito a quello che da molti autori è stato definito come un vero e proprio cambiamento di paradigma che da industriale si sarebbe trasformato in un paradigma della

conoscenza e che ha sancito l'importanza degli *assets* intangibili nella definizione delle strategie aziendali. Successivamente, si analizza il concetto di capitale intellettuale, declinandolo nelle sue principali componenti (capitale umano, capitale organizzativo e capitale clienti). Il terzo paragrafo si sofferma sul concetto di capitale umano in generale e di competenza in particolare, evidenziando le implicazioni che un'analisi delle competenze ha sugli strumenti di gestione delle risorse umane. Viene poi introdotta un'analisi del capitale intellettuale e degli *intangibles* nelle organiz-

zazioni sanitarie. Infine, viene presentato il reale tentativo di implementare un approccio finalizzato all'analisi del capitale umano in una azienda sanitaria, la Asl 5 di Pisa, partendo da una mappatura delle competenze organiz-

Il presente articolo rappresenta la sintesi di una tesi per il corso di laurea Clapi Bocconi discussa da Tiziana Mele con relatore Mario Del Vecchio, correlatore Carlo De Pietro. Il lavoro è frutto di un comune impegno dei due autori. Giovanni Belcari ha in particolare curato la stesura del paragrafo 5. Tiziana Mele ha curato in particolare la stesura dei paragrafi 1, 2, 3 e 4.

zative e individuali che la caratterizzano.

L'interesse per questa ricerca nasce dalla constatazione che l'economia attuale presenta delle caratteristiche ormai inequivocabili che hanno sancito l'importanza della conoscenza. Tuttavia, è necessario riconoscere che l'importanza del ruolo che la conoscenza riveste, non rappresenta assolutamente una novità per le organizzazioni, infatti, come alcuni Autori (Blackler, 1999) hanno ricordato, la conoscenza è da sempre *embrained* nel sapere esplicito degli esperti, *embodied* nel sapere tacito delle persone, *embedded* nelle *routine* organizzative e, infine, *encultured* nei linguaggi e nelle esperienze condivise dalle persone che fanno parte dell'organizzazione. La reale novità invece, consiste nella particolare combinazione di determinate forze economiche che hanno portato le organizzazioni a riconoscere l'importanza del fattore conoscenza (considerandolo elemento fondamentale per il successo aziendale) e degli elementi ad essa correlati.

Tra queste forze possiamo ricordare:

— *la globalizzazione dell'economia*, che schiudendo nuovi mercati, ha fatto emergere nuovi concorrenti e ha così richiesto alle aziende una maggiore adattabilità ai cambiamenti nonché una sempre più elevata velocità dei processi di produzione;

— *la consapevolezza del valore della conoscenza*;

— *la considerazione della conoscenza come fattore distintivo* di ogni impresa a cui deve essere imputato il *gap* tra *book value* e *market value*;

— *l'emergere di network* che costituiscono non solo uno strumento di lavoro ma anche un modo innovativo per imparare nuove cose dagli altri, il cui sviluppo deriva dall'avvento dell'*Information Technology* (riassumibile nel fenomeno «Internet»).

Il riconoscimento dell'importanza del patrimonio cognitivo caratterizzante le organizzazioni implica analizzare accanto al capitale finanziario e alle immobilizzazioni materiali, altre entità aziendali ovvero gli *assets* intangibili, il capitale intellettuale, la conoscenza tacita e l'apprendimento organizzativo. Infatti, nonostante alcuni autori (Stewart, 2002: 45) enfatizzino le caratteristiche del nuovo contesto e sostengano che lo stesso concetto di azienda cambia trasformandosi da «fascio di beni» in «alveare di idee», possiamo mantenere l'originaria concezione dell'azienda facendo però maggiore attenzione ad alcuni beni presenti al suo interno: l'azienda resta un fascio di beni, ma nel nuovo contesto alcuni di questi beni assumono un rilievo maggiore per l'ottenimento del successo sul mercato. Questi beni, a causa della loro intangibilità, molto spesso non sono stati ricompresi nell'agenda del *management*.

Queste analisi però devono essere fatte tenendo sempre presente che non è facile introdurre i cosiddetti sistemi di *Knowledge Management*. Infatti, molto spesso le aziende hanno risposto alla constatazione dell'importanza della conoscenza con l'introduzione di strumenti «centralizzati» finalizzati a rappresentare il patrimonio cognitivo dell'organizzazione in modo unico e condiviso. Questi tentativi, soprattutto nelle organizzazioni di dimensioni elevate, falliscono perché difficilmente si riescono ad ottenere delle definizioni capaci di tradurre il sapere tacito in un unico sapere esplicito. Infatti, alcuni ricercatori (Bonifacio, Bouquet, Merigliano, 2002) hanno sottolineato che, nell'intento di introdurre una prospettiva di *Knowledge Management*, le organizzazioni dovrebbero facilitare la traducibilità dei vari linguaggi che le caratterizzano (rispettando in tal modo la varietà e la

molteplicità presente al loro interno), anziché ricercare un unico linguaggio.

Alcuni autori (Sveiby, 1999) hanno parlato di un vero e proprio cambiamento di paradigma che da industriale si sarebbe trasformato in un paradigma della conoscenza. Queste due prospettive, quella industriale e quella della conoscenza, sono molto differenti e le loro caratteristiche devono essere analizzate se si vuole comprendere la portata innovativa della prospettiva attuale.

Innanzitutto, nelle organizzazioni basate sulla conoscenza, il personale diventa fonte di reddito e non è più inteso come semplice voce di costo. L'informazione cambia ruolo e, da strumento di controllo, diventa una risorsa fondamentale per la comunicazione aziendale; anche la produzione, che si manifesta tramite *assets* intangibili quali concetti, *software* e idee, si sposta verso i lavoratori della conoscenza che la convertono per creare «strutture» intangibili. In tal modo, i flussi di produzione non sono più guidati dalle macchine, che avevano la caratteristica della sequenzialità, ma dalle idee, che per tutta risposta sono «caotiche»; anche la relazione con i clienti cambia e, da una relazione che tradizionalmente era guidata dal mercato, si trasforma in una sorta di *partnership* in cui le soluzioni si creano assieme ai propri clienti e dove la conoscenza circola in entrambe le direzioni. La principale fonte di reddito non è più soltanto tangibile (moneta) ma diventa intangibile (apprendimento, nuove idee, nuovi clienti) e conseguentemente i colli di bottiglia non sono più il capitale fisico e la disponibilità quantitativa di personale ma vengono il tempo e la conoscenza. In particolare, l'affermarsi di quella che viene comunemente definita società della conoscenza (Sveiby, 1994, 1997b; Stewart, 1999) ha ribadito che «la risorsa più importante è la capacità

di produrre e manipolare simboli che sono propri dell'uomo che *sa* piuttosto dell'uomo che *ha*. Così la società degli uomini che *hanno*, lascia il posto alla società della conoscenza, la società degli uomini che *sanno*» (Scifo, 1995: 5).

A ciò si deve aggiungere la considerazione che i valori azionari vengono influenzati non soltanto dai beni tangibili ma soprattutto da quelli intangibili. A conferma di questo *trend*, l'indice Standard&Poor's 500 nel 2000 ha evidenziato un aspetto molto rilevante: il rapporto tra il valore delle aziende quotate e il valore contabile iscritto a bilancio è stato maggiore di sei e, pur volendo ipotizzare una sovrastima del *market value* derivante da ragioni macroeconomiche, non possiamo ignorare l'enorme differenza tra le due misure.

In questo nuovo contesto si è diffusa l'idea che, per migliorare la posizione competitiva di un'impresa, sia essenziale sviluppare e aumentare gli investimenti nelle risorse umane, nella tecnologia e nella ricerca e sviluppo. Conseguentemente, le imprese sentono il bisogno di fare investimenti in questi *assets* che peraltro nella maggior parte dei casi non sono rappresentati nel tradizionale bilancio d'esercizio, ma dalla cui corretta gestione sempre più frequentemente dipende il futuro successo aziendale. Infatti, numerosi studi hanno evidenziato come non esista (al di là di condizioni di monopolio) un vantaggio sostenibile oltre a ciò che un'azienda conosce, oltre al modo in cui essa riesce ad utilizzare ciò che sa e oltre alla sua capacità ad imparare in modo veloce nuove cose.

Per comprendere il ruolo che la conoscenza ha assunto nella società attuale, possiamo analizzare le caratteristiche e le percentuali con cui i lavoratori si articolano sui diversi settori dell'economia: alcuni studiosi infatti, hanno riscontrato un *trend* crescente

dei lavoratori della conoscenza. Questi lavoratori si riconoscono e distinguono dagli altri in quanto la conoscenza e le informazioni non solo costituiscono la materia prima ma anche il prodotto del loro lavoro. In tal modo si può comprendere come l'affermarsi dell'era dell'informazione abbia avuto impatti anche sulla trasformazione della forza lavoro.

A tal proposito, Stewart (1999) fa notare come gli studi condotti da Stephen R. Barley hanno mostrato che, dalla metà dello scorso secolo, la percentuale dei lavoratori americani il cui lavoro si basava principalmente sulla manualità o sull'erogazione di servizi non professionali, era in diminuzione e lasciava progressivamente il posto ai lavoratori che operavano principalmente con le informazioni.

Successivamente, nuove figure professionali si sono affermate modificando la composizione della forza lavoro. Spesso tali lavoratori vengono identificati come membri di una superclasse nomade, e date le caratteristiche (indipendenza ed autonomia) che contraddistinguono questa classe, le aziende, ai fini di non farsi sfuggire i «nomadi» più capaci e competenti, dovrebbero riuscire ad offrire loro stimoli nuovi e sfidanti.

Al concetto di nomadismo aderisce anche Drucker (1999) che ha sostenuto come i *knowledge workers* possiedono i mezzi di produzione. Infatti, le conoscenze di cui essi sono dotati, rappresentano un *asset* di grandissimo valore che però è totalmente esportabile e proprio perché possiedono i mezzi di produzione sono mobili. Tra i *knowledge workers* vengono generalmente compresi diversi tipi di operatori, tra i più comuni possiamo ricordare:

— i *manager* professionali, che si riferiscono a figure professionali, responsabili di programmi o progetti di innovazione e cambiamento. Essi so-

no generalmente dotati non solo di un elevato livello di qualificazione personale ma anche di una grande esperienza (esempi sono: i *Project Managers* oppure i Capi di strutture tecniche);

— i «professionals», ovvero i cosiddetti esperti colti, figure professionali dotate di elevate conoscenze teoriche nonché di conoscenze applicative. Presentano una elevata formazione e hanno una elevata qualificazione aziendale. In questa categoria si inseriscono i ricercatori, gli esperti legali e i consulenti interni nonché i professionisti che operano in campo sanitario (1);

— i tecnici, definiti anche «esperti pratici» che presentano un livello elevato di conoscenze tecniche e metodologiche;

— gli operativi qualificati (noti anche come operatori di processo) che rappresentano figure professionali, dotate di conoscenza ed esperienza idonee e sufficienti per presidiare i processi di produzione. Spesso, essi vengono inseriti in *team* e utilizzano tecnologie informatiche.

L'affermarsi dei lavoratori della conoscenza è stata accompagnata dal fatto che ogni tipo di lavoro è stato investito da un crescente contenuto di sapere. Pensiamo ad esempio ad un medico. Questo professionista oggi ha a disposizione per svolgere il suo lavoro diversi farmaci, differenti strumenti, numerose tecnologie microchirurgiche, mentre i suoi colleghi qualche decennio fa, avrebbero avuto supporti molto più semplici.

Di conseguenza, oggi, ai lavoratori (anche a coloro che un tempo erano addetti a compiti prevalentemente pratici e manuali) viene richiesta non più l'abilità manuale ma si richiede un crescente contenuto intellettuale (Stewart, 1999: 86).

Il proliferare e l'affermazione dei lavoratori cosiddetti della conoscenza, ha impatti sulle funzioni del

management (ovvero di coloro che hanno il compito di proteggere e curare il patrimonio aziendale). Infatti, in passato le loro attività, in un contesto in cui i principali obiettivi da raggiungere erano di natura finanziaria e in cui il modello organizzativo prevalente era quello burocratico, potevano essere riassunte dai seguenti verbi: pianificare, organizzare, eseguire, misurare. Nelle attuali condizioni, il compito principale del *management* deve essere finalizzato ad instaurare un patto tra l'azienda e i dipendenti in modo da ricercare e ottenere strumenti idonei per la gestione della conoscenza.

2. Gli *assets* intangibili e il capitale intellettuale

Come visto in precedenza, le caratteristiche dell'economia attuale portano a focalizzarsi su particolari *assets* interni alle aziende ovvero sui cosiddetti *intangibles*. Data l'importanza che oggi la gestione degli *assets* intangibili assume, numerosi studiosi hanno cercato di fornire delle opportune definizioni e classificazioni di questi *assets*.

Generalmente, essi vengono definiti come *assets* che, pur non presentando fisicità, sono capaci di generare profitti futuri.

Hall (1992) suggerisce che le più comuni categorie di tali *assets* sono quelle relative alla tecnologia, ai clienti, al capitale umano e dunque alle competenze delle risorse umane, al *marketing* e all'avviamento.

Una definizione più ampia di tali *assets* è quella cui è giunto un *High Level Expert Group* internazionale costituito dalla Commissione europea nel 2000 che ha definito gli *assets* intangibili come: «fattori non materiali che contribuiscono alle prestazioni dell'impresa nella produzione di beni o nell'offerta di servizi, o che si ritiene possono generare benefici economici

futuri alle entità o agli individui che controllano tale spiegamento». Il discorso relativo agli *intangibles* si collega a un concetto che oggi in letteratura ha assunto un particolare rilievo, il concetto di «*learning organization*». Tra i primi ad occuparsi del tema, Senge (1992: 12,15) ha definito una tale organizzazione come il luogo in cui le persone continuamente aumentano la loro capacità di creare i risultati desiderati, in cui si stimolano nuovi modi di pensare orientati alla crescita, nella quale si lascia libero sfogo alle aspirazioni collettive e nella quale le persone continuano ad imparare come si apprende insieme. Lo stesso autore ha delineato le modalità con cui è possibile raggiungere tali finalità ovvero le cinque *tecnologie di componenti* (ibid.: 7), che possono consentire a ogni organizzazione di migliorare continuamente la capacità di realizzare le aspirazioni più elevate. Esse sono:

1) *il pensiero sistemico*, ovvero la considerazione delle aziende come sistemi complessi;

2) *la padronanza personale* definita come la disciplina che consente agli individui di approfondire continuamente la loro visione personale senza però tralasciare di vedere la realtà in modo obiettivo;

3) *i modelli mentali* ovvero l'insieme di tutte le generalizzazioni che influenzano il modo in cui le persone comprendono e agiscono;

4) *costruire una visione condivisa del futuro* ovvero un insieme di procedure e di principi che orientino gli individui;

5) *l'apprendimento di gruppo*, infatti, i gruppi che apprendono non solo riescono a produrre risultati straordinari ma i singoli membri crescono più rapidamente di quanto avrebbero fatto lavorando in maniera isolata.

Alcuni autori (Camuffo, 1996) non hanno accolto totalmente l'osservazione del «padre» della quinta disciplina, sottolineando l'importanza e il ruolo dei soggetti, delle loro motivazioni e dei loro interessi, che altrimenti verrebbero a «scompare» accettando una visione eccessivamente sistemica dell'organizzazione.

Infatti, se è giusto riconoscere alle organizzazioni la funzione di creare conoscenza tramite la dimensione sistemica, esse non potrebbero esplicitare tale funzione in mancanza degli individui che con i loro linguaggi generano nuove idee (Nonaka, 1994).

Dunque, è l'individuo la fonte primaria della conoscenza la cui formazione deve essere concepita come una spirale che, iniziando a livello individuale, si sposta in un secondo tempo al livello di gruppo per giungere infine a quello organizzativo; ciò consente inoltre di comprendere l'importanza del trasferimento della conoscenza che può evitare, in caso di un elevato *turnover* dei dipendenti, il depauperamento delle competenze organizzative. Tuttavia, affinché tale risorsa possa pienamente esplicitare le sue potenzialità, è necessario che possieda alcuni requisiti base ovvero che sia sviluppabile, controllabile, trasferibile e utilizzabile. Uno degli aspetti critici, nella gestione della conoscenza, è costituito dalle modalità con cui essa può venire sviluppata. A tal proposito, possiamo richiamare il contributo di Nonaka (1994) il quale ha analizzato il percorso della *knowledge creation* sviluppato dalle organizzazioni.

Lo studioso ha distinto due dimensioni del processo di creazione della conoscenza; una è la dimensione definita «epistemologica» che consente la trasformazione della conoscenza da tacita in esplicita e viceversa (per conoscenza esplicita s'intende la conoscenza che può essere trasmessa mediante il linguaggio formale e sistema-

tico; la conoscenza tacita è invece più difficile da comunicare; essa si compone di elementi cognitivi che forniscono agli individui delle prospettive per percepire e definire il mondo e di elementi tecnici come ad esempio il sapere concreto che viene applicato ad uno specifico problema).

L'altra dimensione che caratterizza la creazione della conoscenza è quella «ontologica» che sottolinea l'interazione sociale tra individui che condividono e sviluppano conoscenza. Partendo dalle due dimensioni, Nonaka ha proposto quattro possibili percorsi di conversione della conoscenza:

1) socializzazione. Secondo questo percorso, la conoscenza tacita si trasforma in altra conoscenza tacita e, tale trasformazione avviene sia tra gli individui che tra essi e l'organizzazione nel suo complesso;

2) combinazione. La combinazione consente il passaggio da conoscenza esplicita ad altra conoscenza esplicita;

3) esternalizzazione. Essa riguarda il processo con cui la conoscenza tacita si converte, tramite la sua articolazione e sistematizzazione all'interno dell'organizzazione, in conoscenza esplicita;

4) internalizzazione. È l'*iter* con cui la conoscenza esplicita si converte in nuova conoscenza tacita; tale processo avviene sia a livello individuale, sotto forma di *know-how*, che a livello di organizzazione, attraverso l'acquisizione di *routine* organizzative.

Il processo di creazione della conoscenza si sviluppa a partire dall'individuo; infatti, individualmente viene accumulata, tramite l'esperienza diretta, la conoscenza tacita; in un secondo tempo, attraverso le interazioni sociali (che rendono possibile la condivisione delle diverse esperienze tra diversi individui), il patrimonio di conoscenza individuale viene ampliato all'interno di una certa unità organiz-

zativa. Poi interviene il processo di esternalizzazione (ad esempio attraverso il dialogo), per il quale viene esplicitata la conoscenza tacita. Il processo di combinazione, invece, interviene nel momento in cui si incontrano blocchi di conoscenza derivanti da diverse unità organizzative e dal loro incrocio la conoscenza si cristallizza a livello organizzativo in un modello che si può concretizzare in un prodotto o in una tecnica. Infine, la conoscenza contenuta in questi modelli può subire un processo di internalizzazione venendo trasformata in altra conoscenza tacita.

Le dimensioni che caratterizzano il processo di conversione della conoscenza meritano un approfondimento. Innanzi tutto, occorre trovare quali sono le condizioni che presidono il processo che consente la trasformazione della conoscenza da tacita in esplicita. In secondo luogo, è necessario identificare quei processi di conversione che sono capaci di imprimere un vantaggio competitivo. Quest'ultimo aspetto sembrerebbe, infatti, essere collegato alla presenza di conoscenza tacita che proprio grazie alla sua difficile decodificabilità tutela le organizzazioni da eventuali rischi di un «travaso» all'esterno di conoscenza che genera valore per l'organizzazione. In caso di esplicitazione, secondo il pensiero di alcuni autori, le organizzazioni dovrebbero tutelarsi introducendo delle barriere che evitano il trasferimento della conoscenza al di fuori dei confini dell'impresa in cui la stessa conoscenza è stata sviluppata. Ciò dovrebbe tenere conto anche del fatto che la conoscenza incorporata nelle esperienze e nelle pratiche maturate in un determinato contesto, non è o meglio, non dovrebbe risultare immediatamente trasferibili in altri contesti che sono «distanti» dal contesto originario.

Altri autori (De Feo, 1998) invece hanno studiato quei sistemi di trasformazione della conoscenza non codificata che consentono di esprimere un differenziale a livello competitivo. In particolare, secondo l'Autore, il processo che consente di trasformare la conoscenza non codificata in conoscenza esplicita deve essere analizzato tenendo presente che, in primo luogo, la trasformazione è influenzata dalle interazioni che caratterizzano gli individui appartenenti all'organizzazione, in secondo luogo che tale processo richiede la presenza di condizioni di ridondanza, ovvero di molteplici condizioni e opportunità in cui la conoscenza può essere scambiata (la ridondanza dunque, consente agli individui di condividere un ampio spettro di conoscenze non codificate che possono aver luogo anche tra differenti livelli gerarchici) e, infine, che l'intero processo è influenzato dalla capacità che gli individui appartenenti all'organizzazione manifestano nello sviluppare relazioni di fiducia reciproca con gli altri membri dell'organizzazione.

Dunque, da quanto finora detto, possiamo comprendere che se una *learning organization* è un'organizzazione capace di creare, acquisire e trasformare la conoscenza e di modificare i suoi atteggiamenti in modo che essi riflettano le nuove conoscenze (Garvin, 1993), allora tale organizzazione sarà inevitabilmente legata alla gestione di *intangibles*.

Uno dei concetti che è strettamente collegato con il fattore conoscenza e che oggi sta interessando numerosi autori è rappresentato dal capitale intellettuale.

Il termine *Intellectual Capital* è stato utilizzato in diverse accezioni. Lev (2001), ad esempio, lo ha utilizzato per identificare gli *intangibles* e dunque esso rappresenterebbe l'insieme di tutti i beni che non compaiono, co-

me abbiamo più volte sottolineato, nei libri contabili.

Numerosi autori convergono nel rintracciare il capitale intellettuale in uno o più dei seguenti posti:

- 1) tra i membri dell'organizzazione;
- 2) nelle strutture organizzative;
- 3) tra i clienti dell'organizzazione

e, molto spesso, hanno proposto la seguente equivalenza:

[Capitale intellettuale = Capitale Umano + Capitale organizzativo + Capitale clienti] (2)

Più dettagliatamente:

— il capitale umano è costituito dal vasto insieme di *know-how*, *skills* ed esperienze di tutte le persone che operano all'interno dell'organizzazione. Nelle analisi di tipo economico, il tema del capitale umano è stato studiato dalla *Human Capital Theory*, una teoria finalizzata ad individuare le cause delle differenze nei livelli di produttività e di reddito tra gli individui, tra le imprese e le nazioni. Questa teoria, che venne formalizzata nei primi anni '60, sottolinea che le attività di formazione e qualificazione dei dipendenti devono essere considerate come investimenti che produrranno nel lungo periodo incrementi nei livelli di produttività.

Mincer (1989), nell'introduzione a un suo studio finalizzato a indagare le conseguenze che il capitale umano, in risposta ai rapidi cambiamenti tecnologici, generava sul mercato del lavoro, ha sottolineato che il capitale umano ricopre due ruoli fondamentali nel processo di crescita economica; innanzi tutto, il ruolo di riserva di tutte quelle *skills* prodotte tramite l'educazione e la formazione e, in tal caso, dovrebbe essere considerato come un fattore di produzione da coordinare con il capitale fisico ai fini dell'ottenimento dell'*output* finale; il secondo ruolo è quello di riserva di conoscen-

za: in questo caso, esso costituisce una fonte di innovazione che diviene un importante fattore responsabile della crescita economica.

La distinzione fornita dall'Autore può essere correlata a quella tra conoscenza «generica» e conoscenza «specificata». In particolare, come Del Vecchio (2001: 79, 80) ha rilevato, alcune risorse immateriali producono vantaggi e migliorano l'efficacia e l'efficienza dell'azienda solo rispetto ad alcune evoluzioni dell'ambiente e per ciò si presentano maggiormente rischiose (si veda il caso di conoscenza specifica), mentre la presenza di investimenti «più generici» come possono essere quelli finalizzati a rafforzare la capacità di apprendimento e la flessibilità gestionale, anche se sono più difficili da perseguire, rappresentano una base più solida per affrontare l'incertezza.

All'interno delle organizzazioni, esso si sviluppa presso le cosiddette «comunità di pratica». Queste ultime sono comunità che si creano spontaneamente tra individui che collaborano direttamente e che sono attratti da forze sociali e professionali. I risultati delle interazioni tra gli appartenenti a tali comunità divengono proprietà comune dei suoi membri. Inoltre, bisogna notare che ad esse va imputato gran parte del trasferimento della conoscenza e dell'informazione (3);

— il capitale organizzativo (definito anche capitale strutturale) è di proprietà dell'organizzazione e rappresenta l'insieme del *know-how* codificato all'interno della struttura aziendale, la coerenza della cultura aziendale con gli obiettivi di *business* e la capacità dell'organizzazione di valorizzare le proprie risorse umane. La sua essenza è individuabile nella conoscenza presente all'interno delle *routines* organizzative, ovvero in quei modi di lavorare regolari e prevedibili che si sostanziano in sequenze di azioni coordinate da parte degli individui e

che possono essere considerate la base per la definizione delle competenze organizzative. Proprio attraverso il loro continuo perfezionamento avviene l'apprendimento a livello di gruppo;

— infine, abbiamo il capitale clienti (o relazionale). Esso è simile al capitale umano poiché, così come non è possibile essere proprietari dei propri dipendenti, non si può essere proprietari dei propri clienti. Questa componente del capitale intellettuale riguarda il sistema delle interazioni che l'azienda mantiene con il mercato e nelle quali rientrano tanto le relazioni con i clienti quanto quelle con i fornitori che contribuiscono a generare valore per l'azienda.

3. Le competenze e il capitale umano caratterizzante le organizzazioni

Il tema e la rilevanza del capitale intellettuale in generale e di quello umano in particolare, portano a riflettere su come gran parte della ricchezza per le aziende che operano nella nostra società sia costituita da quel *quid* interno ad ognuna di esse e rappresentato dalle competenze aziendali. In tale contesto, come Varchetta ha sottolineato, per la prima volta nella storia dell'organizzazione la persona è autenticamente al centro dello spazio organizzativo come primo, vero fattore strategico (1993: 26).

L'approfondimento del tema delle competenze inoltre spinge a confrontarsi con numerose definizioni e approcci e per questo motivo, nel seguente lavoro la competenza è stata considerata come la somma di capacità, conoscenze ed esperienza (4).

L'analisi delle competenze richiede però una classificazione di quelle che sono le competenze individuali e organizzative. Tra le classificazioni più note, possiamo ricordarne due: la prima è riconducibile a Boyatzis (1982)

che, dopo aver analizzato numerosi studi sulle competenze manageriali che tendevano a distinguere i «migliori», ha proposto un modello articolato in quattro *cluster*: 1) abilità di azione e conseguimento tra cui l'autore considera sia l'orientamento all'efficienza che la capacità di iniziativa e la flessibilità; 2) abilità di gestione delle persone al cui interno troviamo: l'empatia, la negoziazione, la costruzione di reti interpersonali; 3) abilità di ragionamento analitico come può essere la comunicazione scritta, l'analisi quantitativa, ecc.; 4) aree di conoscenza che considerano tutte le competenze intese come «sapere» in senso lato. Un'altra tassonomia rilevante di competenze è stata introdotta da L.M. Spencer (1992) ed è costituita dall'individuazione di cinque categorie di competenza in particolare:

1) competenze di realizzazione: orientamento al risultato, ricerca delle informazioni, iniziativa e accuratezza;

2) competenze di assistenza e di servizio: sensibilità interpersonale e ricerca delle informazioni;

3) competenze d'influenza e di direzione: *leadership* del gruppo, lavoro di gruppo, persuasività ed influenza, consapevolezza organizzativa, sviluppo degli altri, costruzione della relazione, assertività e uso del potere formale;

4) competenze cognitive: capacità tecnico professionale, pensiero analitico e pensiero concettuale;

5) competenze di efficacia personale: autocontrollo, fiducia in se stessi, flessibilità, impegno verso l'organizzazione.

Osservando queste classificazioni si può evincere come non sia possibile individuarne una che possa essere considerata valida universalmente, infatti, risulta fondamentale il rapporto tra le competenze e la specifica realtà organizzativa, sociale e culturale di riferimento. Perciò si ritiene opportuno

che un'organizzazione che voglia iniziare a strutturare un sistema di gestione delle competenze presenti al suo interno, dovrebbe cercare di individuare, attraverso un confronto continuo tra i suoi membri, non solo l'insieme delle competenze che ritiene caratterizzino (attualmente) la sua attività, ma anche quelle competenze che sono poco sviluppate oppure poco presenti all'interno dell'organizzazione in modo da prevedere interventi mirati al loro sviluppo oppure a una loro eventuale acquisizione. Alcuni autori hanno rilevato come, attraverso la focalizzazione sulle competenze, «si introduce una costruzione dell'organizzazione che non è mai definitiva perché esiste la possibilità di aggiungere, giorno dopo giorno, attraverso l'operato effettivo delle persone uno spaccato nuovo che non era prevedibile ieri, forse solo intuibile [e ancora], con il metodo delle competenze, seguiamo passo per passo donne e uomini nel loro essere organizzazione e in questo modo inventiamo l'organizzazione che andiamo scoprendo. Sono proprio la ricchezza e la diversità esperienziale delle donne e degli uomini che hanno moltiplicato i nostri vocabolari di lettura, rompendo il mito del metodo unico dell'analista organizzativo» (Varchetta, 1993: 28).

Conseguentemente, è necessario avviare un sistema che sia finalizzato alla definizione, al riconoscimento, alla rilevazione e alla diagnosi delle competenze aziendali, in modo che si possano avviare meccanismi che facilitino la loro diffusione e patrimonializzazione.

In particolare, una volta rilevate le competenze presenti in azienda e costruita una sorta di mappa (5) di quelle esistenti, bisognerebbe confrontare le competenze richieste per ricoprire una determinata posizione e quelle realmente possedute, individuando gli eventuali punti di forza e di debolezza

nonché i *gap* che dovrebbero essere colmati al fine di garantire un bagaglio di conoscenze e capacità che risulti coerente con le esigenze aziendali (sono tutte attività caratterizzanti la fase definita della «diagnosi»).

Successivamente, sarebbe necessario rivedere e modificare i tradizionali strumenti di riconoscimento e ricompensa, in modo da adeguarli alla presenza e allo sviluppo delle competenze non solo individuali, ma anche collettive nonché all'esigenza di incentivare un continuo e costante apprendimento. In ultimo, le competenze dovrebbero essere diffuse all'interno dell'organizzazione e soprattutto patrimonializzate, ovvero tradotte materialmente in qualcosa di accessibile, ottenuto trasformando le competenze individuali e personali in bene collettivo, messo a disposizione di tutti i componenti dell'organizzazione. Tuttavia, occorre tenere sempre ben presenti i rischi e le difficoltà che possono manifestarsi nell'introduzione di meccanismi che riguardano la esplicitazione e successiva condivisione delle competenze e conoscenze. Tra le difficoltà possiamo annoverare non solo l'emergere di barriere psicologiche che portano i singoli individui a tutelare il loro patrimonio personale e specifico, ma anche l'esistenza di difficoltà nella verbalizzazione e comunicazione di quel patrimonio. D'altra parte, esistono rischi connessi al processo di esplicitazione, poiché mentre nel caso di competenze e conoscenze implicite, l'organizzazione è tutelata contro eventuali imitazioni da parte di concorrenti, nel momento in cui si esplicita la fonte di un eventuale vantaggio competitivo, questa dovrebbe accompagnarsi all'introduzione di meccanismi che tutelino l'organizzazione dal rischio della replicabilità cercando di rendere la conoscenza e le competenze esplicitate intimamente legate al contesto organizzativo di riferimento.

Comunque, dobbiamo riconoscere che sarebbe un errore considerare l'introduzione del modello delle competenze come panacea per la risoluzione dei problemi collegati e connessi alla gestione delle risorse umane. Infatti, sono molti i limiti e i punti critici che possono caratterizzare un complesso modello delle competenze. Tra le criticità più riscontrate vengono generalmente ammesse: l'elevata sofisticazione della metodologia utilizzata che rende il modello difficilmente fruibile anche da esperti, la prevalenza di approcci teorici e la scarsa applicazione pratica, una definizione di competenze di successo che molto spesso è apparsa contorta. Per ovviare a tali critiche, alcuni Autori (Cocco, 1997) hanno proposto un approccio semplificato del modello. Esso si basa su un confronto fra le *skills* richieste e necessarie per ricoprire una posizione organizzativa e quelle realmente possedute dalle persone appartenenti all'organizzazione. Le *skills*, seguendo quest'approccio, sono riconducibili alle competenze tecnico-professionali (ovvero alle conoscenze applicative e al loro continuo aggiornamento e approfondimento) e ai comportamenti organizzativi (rappresentati dalle abilità necessarie per svolgere il lavoro richiesto da una posizione). La finalità dell'approccio è quella di introdurre un costante monitoraggio tra il livello di competenze richiesto dalla posizione e quello che caratterizza chi ricopre la stessa, in modo da riuscire a individuare dove esiste la necessità di intervenire (data l'esistenza di *gap* tra requisiti richiesti e quelli realmente posseduti); nonché poter avviare delle «indagini» interne all'organizzazione finalizzate all'individuazione delle persone più idonee a ricoprire determinate posizioni organizzative facendo così emergere i candidati più coerenti per la posizione stessa ed avviare così sistemi di carriera e di mobilità

interna. Le argomentazioni relative alle modalità su come le competenze dovrebbero essere definite o su come dovrebbero essere classificate hanno, indubbiamente, una certa rilevanza. Tuttavia, alcuni Autori (Camuffo, 2000) hanno sottolineato, come in realtà il problema fondamentale sia quello di spostare l'attenzione dalle competenze come «doable» ovvero come fattibili alle competenze come «deliverables» ovvero come servizi. La giusta preoccupazione che viene sottolineata da questi autori è la possibilità che, i vari studi e le numerose ricerche, cercando di definire e classificare le competenze, perdano di vista il fine ultimo di un modello basato sulle competenze che dovrebbe essere quello di riuscire a realizzare un sistema di gestione realmente utilizzabile dalle organizzazioni e che sia efficace nella risoluzione dei problemi che emergono nella gestione delle risorse umane.

Infatti, l'introduzione di un modello basato sulle competenze, che interpreta la nuova centralità delle persone nell'organizzazione contemporanea (Varchetta, 1993: 23), può influenzare non solo tutti i meccanismi che intervengono nella complessiva attività di gestione e sviluppo del personale ma anche la configurazione del modello della direzione del personale. In tal modo le competenze, sostituendosi al tradizionale approccio basato sulle mansioni, dovrebbero diventare, come Reborà ha ricordato (2001: 248), il *focus* attorno al quale si struttura il governo delle risorse umane.

Infatti, come abbiamo sottolineato in precedenza, l'importanza delle competenze implica cambiamenti nella classica attività di selezione del personale che, da semplice attività di reclutamento e di selezione delle persone, dovrebbe trasformarsi in attività finalizzata al riconoscimento delle competenze necessarie per svolgere con successo una determinata attività o

progetto. Ciò comporta il superamento delle tradizionali *job description* in favore di meccanismi più idonei a far emergere e comunicare le competenze non solo professionali, ma anche attitudinali e personali (soprattutto dei lavoratori della conoscenza, quelli che abbiamo definito *knowledge workers*). Tutto questo dovrebbe essere fatto tenendo presente che l'identificazione delle competenze non è assolutamente un'attività semplice. Infatti, molto spesso, le competenze non solo sono implicite anziché esplicite (e per ciò occorrono precise tecniche e metodiche adeguate per esplicitarle) ma soprattutto, le competenze risentono del contesto sociale in cui sono «calate».

Anche l'attività di pianificazione delle competenze rappresenta un momento alquanto complesso che richiede non solo strumenti per la gestione del personale ma anche strumenti per valutare l'ambiente di riferimento esterno ed interno (quest'analisi risulta fondamentale per comprendere la qualità e la qualificazione delle risorse).

Dunque, la selezione del personale dovrebbe essere condotta cercando di far emergere la corrispondenza tra i requisiti di competenza necessari per ricoprire un determinato ruolo (6) e le competenze effettivamente possedute dalle persone; questo può essere fatto non solo analizzando ciò che le persone dichiarano di fare, ma in particolare modo, studiando ciò che le persone fanno realmente e, in tale contesto, un fattore critico per le aziende, è rappresentato dalla capacità di identificare le competenze necessarie per svolgere con successo una determinata attività.

Ciò comporta che, la selezione del personale non possa basarsi sulle analisi delle generiche attività o sul livello scolastico, ma debba accompagnarsi all'individuazione delle competenze possedute dalle persone. Di fatto, l'a-

ver conseguito un titolo di studio non implica il possesso automatico delle competenze ad esso correlate.

Oltre alla selezione, cambia anche la formazione delle risorse umane. In particolare, l'attività di formazione deve essere riconsiderata nella logica delle competenze partendo anche dalla constatazione che il trasferimento delle conoscenze non avviene più solamente nei momenti istituzionalizzati, ma è quotidiano. Dunque, è necessario favorire le situazioni in cui le persone possono apprendere.

Il ruolo del *management* si trasforma da autorità formale a guida e coordinatore delle varie capacità e competenze presenti e caratterizzanti l'organizzazione. Esso deve sviluppare la capacità di riconoscere le competenze, di distinguerle e di proporle in modo adeguato. Inoltre è opportuno coinvolgere tutto il personale intorno a quella che viene generalmente definita come *mission* aziendale e distribuire e diffondere le competenze distintive. Valorizzare le competenze non implica solamente iniziare a introdurre all'interno delle organizzazioni momenti differenti dai classici interventi formativi istituzionalizzati e non personalizzati ma comporta un'attività, un cambiamento profondo che incida sullo sviluppo e sui metodi di gestione nonché sulla complessiva cultura aziendale. Infine, collegata alla valorizzazione e alla riconoscibilità delle competenze è la capacità di saper comunicare competenze, di saperle trasmettere nelle modalità e tempi più opportuni, riconoscendo i canali più adeguati per raggiungere lo scopo e individuando il possesso di determinate competenze in modo che esse possano essere messe in relazione con quelle possedute da altri all'interno dell'organizzazione.

Introdurre un approccio basato sull'identificazione e valorizzazione delle competenze non è però semplice, e

per questo motivo è necessario individuare un vettore (delle competenze) in grado di legare le persone all'organizzazione e, questo vettore per molti autori è rappresentato dai processi aziendali.

I processi costituiscono, infatti, il «luogo» dove viene contestualizzato ed esplicitato il ruolo ricoperto dalle persone all'interno dell'organizzazione. Allora, una loro attenta analisi costituisce un passaggio obbligato se si vuole iniziare a sviluppare il metodo basato sulle competenze.

Una volta identificate, tramite l'analisi dei processi, le competenze che un determinato ruolo dovrebbe presentare, occorre cercare dei sistemi per il governo delle competenze. L'attività di governo dovrebbe portare a definire un insieme di attività, metodi e strumenti che dovrebbero garantire ed assicurare che il livello delle competenze aziendali sia adeguato alle reali esigenze dell'organizzazione lungo un determinato arco temporale.

Di conseguenza occorre un continuo monitoraggio delle competenze in modo da capire quali sono le competenze necessarie e quelle effettivamente disponibili all'interno dell'organizzazione.

4. Gli *intangibles* e le competenze nelle aziende sanitarie

Tenendo presenti le considerazioni fatte finora, è facile comprendere come il tema delle competenze assuma un'importanza particolare in tutte quelle aziende che erogano principalmente servizi ed è per tale motivo che le aziende sanitarie costituiscono un caso paradigmatico per comprendere il ruolo che il capitale intellettuale svolge al loro interno.

In tal senso è opportuno considerare queste aziende come aziende appartenenti a quei settori in cui le risorse chiave per l'organizzazione risiedono

nelle conoscenze e nell'esperienza degli operatori e conseguentemente nella capacità dell'organizzazione di sviluppare e sfruttare al meglio tali risorse. In particolare, in seguito alle riforme degli anni '90, che hanno modificato in modo notevole il contesto di riferimento per le organizzazioni sanitarie italiane, introducendo elementi pro-concorrenziali con la distinzione delle funzioni di acquisto e fornitura delle prestazioni sanitarie, sembra che si sia sviluppata l'idea che un vantaggio competitivo sia realmente ottenibile mediante la focalizzazione sulle *core competencies* aziendali che contraddistinguono le organizzazioni.

La crescente rilevanza delle analisi sul capitale intellettuale all'interno delle aziende sanitarie (ed ospedaliere in particolare) è testimoniata anche dalla diffusione di ricerche e *workshop* finalizzati ad approfondire le dimensioni sia del capitale intellettuale che del capitale umano in queste organizzazioni. In riferimento a ciò, possiamo ricordare uno studio sviluppato da M. Habersam e M. Piber finalizzato ad «esplorare» il ruolo del capitale intellettuale in due ospedali: uno situato in Austria e l'altro in Italia.

Dallo studio si evince che gli autori hanno accolto la classica articolazione del capitale intellettuale in: capitale umano, capitale organizzativo e capitale clienti. In particolare, per quanto riguarda il capitale umano si sottolinea come esso sia costituito dal complesso delle competenze (intese come insieme di capacità tecniche, di abilità operative e di conoscenze specifiche) necessarie per lo svolgimento dell'attività sanitaria. Il capitale organizzativo si riferisce alle capacità dimostrate dall'organizzazione nell'adattamento alle varie situazioni e nella gestione della complessità. Infine, per quanto riguarda il capitale clienti gli autori sottolineano l'importanza non solo delle relazioni con i pazienti ma anche

con gli altri soggetti portatori di interessi come i politici e i cittadini in generale.

Questi ricercatori hanno analizzato il tema da un punto di vista qualitativo e i loro studi sono stati condotti tramite delle interviste indirizzate non solo ai professionisti medici ma anche alle altre figure professionali che operano all'interno delle strutture ospedaliere. Dai risultati emersi, si può notare che il tema del capitale intellettuale è stato giudicato da tutti gli intervistati di notevole importanza (e ciò dovrebbe incentivare lo sviluppo di altre ricerche finalizzate alla sua analisi) e, molto spesso, il capitale intellettuale è stato associato al tema della qualità, o meglio, della creazione di una cultura della qualità in queste organizzazioni. Dagli esiti delle interviste si evince inoltre che gli intervistati hanno dato molta rilevanza alle tecniche e alle modalità con cui si può accedere al capitale intellettuale e *in primis* troviamo la formazione e il trasferimento delle conoscenze individuali in pratiche organizzative. Infatti, dalla ricerca, risulta che una dimensione molto importante del capitale intellettuale riguarda il trasferimento nel contesto organizzativo delle esperienze e delle conoscenze individuali. Ciò si collega alla patrimonializzazione delle competenze individuali e dunque alla trasformazione del capitale umano in capitale organizzativo.

In particolare, ogni individuo operando all'interno di un *team* può offrire le proprie competenze e abilità e di contro ricevere la possibilità di integrazione al suo interno.

Altri Autori (Rabe e Reilly, 1996, 1997) hanno cercato di individuare, nell'ambito sanitario, alcune categorie di *intangibles*. Le categorie identificate sono:

1) *assets* relativi alla tecnologia, come il *know-how* tecnico;

2) *assets* relativi ai pazienti, in cui troviamo le relazioni con essi;

3) *assets* relativi ai contratti;

4) *assets* che si riferiscono all'elaborazione dei dati;

5) *assets* relativi al capitale umano;

6) *assets* relativi alle attività di *marketing*.

In quest'ottica, le organizzazioni sanitarie vengono considerate come «patrimoni di conoscenza». Infatti, proprie di queste organizzazioni risultano essere la centralità delle conoscenze scientifiche sia nella definizione che nello sviluppo del *business* e la divisione del lavoro di tipo professionale.

Date queste caratteristiche, è opportuno considerare le aziende sanitarie come aziende appartenenti a quei settori in cui le risorse chiave per l'azienda risiedono nelle conoscenze e nell'esperienza degli operatori e conseguentemente nella capacità dell'organizzazione di sviluppare e sfruttare al meglio tali risorse. Compito del *management* diviene, quindi, l'identificazione delle competenze organizzative che rappresentano l'aspetto irripetibile e distintivo dell'organizzazione. Il problema però, consiste nel fatto che molto spesso lo stesso *management*, a causa della limitata conoscenza della mappa delle competenze distintive, non è in grado di individuare i potenziali generatori di ulteriore valore. Per ciò è necessario introdurre dei meccanismi capaci di censire ed evidenziare il patrimonio delle competenze dell'organizzazione.

Inoltre, l'architettura strategica delle organizzazioni sanitarie è profondamente collegata al patrimonio di conoscenze presenti al loro interno e al modo in cui nelle organizzazioni sanitarie, le competenze vengono acquisite, interiorizzate, condivise e ricombinate. Infatti, l'importanza assunta dai sistemi ad alta densità di capitale umano

seppur bilanciati, in campo sanitario, dal ruolo crescente delle innovazioni tecnologiche, il cui progresso modifica frequentemente il contenuto delle prestazioni erogate, spiega l'introduzione dell'analisi del capitale intellettuale in tali aziende (7).

Da quanto detto finora, possiamo capire come la corretta gestione della conoscenza sia uno dei fattori fondamentali che consente alle aziende sanitarie di creare valore (8). È inoltre ovvio che, al fine di contestualizzare il tema della creazione e dello sviluppo della conoscenza in queste particolari organizzazioni, dobbiamo sottolineare alcune peculiarità degli attori che operano al loro interno.

Innanzitutto, l'emergere di particolari casi clinici (come può essere una nuova patologia) viene affrontato con ampia autonomia da parte dei professionisti sanitari, che sovente sono detentori di una conoscenza tacita, difficile da trasferire e per la quale è complicato applicare dei processi di standardizzazione.

Se a ciò aggiungiamo la considerazione per cui, il compito fondamentale di ogni medico è quello di «guidare il paziente, attraverso la malattia, verso la guarigione», possiamo comprendere come l'attività medica si sia, da sempre, caratterizzata da un intimo rapporto che unisce medico e paziente (anche se in realtà, la somministrazione di specifici trattamenti richiede, oggi, la partecipazione, non solo di più medici, ma anche di altre figure professionali sanitarie).

Data la complessità professionale che caratterizza questa figura, le competenze che dovrebbero caratterizzarla sono diverse e di difficile elencazione. Generalmente però si ritiene che ogni medico dovrebbe possedere competenze scientifico-tecniche che richiedono la conoscenza approfondita del corpo umano, delle cause, sintomi e manifestazioni delle patologie,

degli strumenti terapeutici, tutte competenze (sapere inteso in senso lato) che si acquisiscono tramite la formazione universitaria, la specializzazione, i corsi di aggiornamento e perfezionamento nonché tramite l'esercizio della pratica medica. Le competenze mediche però, non si esauriscono in quelle meramente cognitive, infatti, fondamentale è la presenza di competenze «relazionali» che dovrebbero consentire l'instaurarsi di un rapporto di fiducia col paziente e di un rapporto collaborativo con gli altri operatori sanitari. A tal fine, è necessario sviluppare capacità che consentono di acquisire un'approfondita conoscenza del paziente attraverso i numerosi strumenti di indagine a disposizione: dall'anamnesi alla visita, all'esecuzione di esami clinici «ad hoc»; nonché abilità comunicative che si manifestano nella capacità di ascolto che dovrebbe caratterizzare ogni medico e nella capacità di trasmettere le informazioni al paziente. A queste occorre aggiungere la costante collaborazione con altri medici nella cura di patologie particolarmente complesse, il rispetto dei protocolli nelle scelte di intervento terapeutico dando anche specifiche indicazioni ai collaboratori. Inoltre, ogni medico dovrebbe avere la capacità di prevedere e prevenire i pericoli che si possono verificare nello svolgimento della sua attività e, nel far ciò si dovrebbe avvalere non soltanto delle conoscenze scientifiche (sapere) ma anche della propria esperienza (sapere fare).

Com'è stato evidenziato in precedenza, l'autonomia professionale rappresenta un fattore che caratterizza tutte le organizzazioni sanitarie. Di fronte a questa realtà, si possono assumere due posizioni.

Una prima posizione interpreta tale variabile come esogena e soprattutto come negativa, l'altra, invece, la considera come un valore positivo porta-

to di opportunità e generatore di energie positive.

Conseguentemente, adottando il primo approccio, l'autonomia viene solamente rispettata (o addirittura subita), con il secondo invece si cerca di valorizzarla.

Queste caratteristiche influenzano tutti gli strumenti di gestione del personale sanitario.

La nostra analisi si è però focalizzata sulla valutazione (9). Essa ricopre un ruolo fondamentale perché, oltre ad orientare i comportamenti del singolo operatore in modo che egli operi in modo funzionale e coerente alla *mission* aziendale, può:

- supportare la crescita professionale. Nel perseguire questo obiettivo si crea un legame con la definizione dei percorsi di carriera e con le decisioni di eventuali promozioni (carriera/progressione verticale) oppure attribuzione di incarichi (carriera/progressione orizzontale) (10);

- motivare le risorse umane e con ciò, la valutazione diventa strumento per riconoscere meriti e assegnare determinati progetti;

- pianificare e intervenire sulla formazione tramite interventi mirati;

- determinare parte della retribuzione (pensiamo ad esempio al livello della retribuzione di risultato) (11).

Le conseguenze derivanti dal complessivo sistema sono differenti e possono interessare: promozioni, aggiornamento dello stipendio, attribuzione della retribuzione di risultato, interventi di formazione.

Inoltre, in particolari contesti organizzativi, definibili *knowledge based*, che presentano conoscenze specifiche e specialistiche e nei quali, le prestazioni erogate dipendono strettamente dal livello di conoscenze e competenze di cui sono dotate le risorse umane, i tradizionali modelli di valutazione sono poco utilizzabili in quanto essi si basano su giudizi fortemente oggettivi

mentre sarebbe più opportuno affidarsi a meccanismi che danno spazio alla soggettività dei valutatori e che risultano più idonei ad evidenziare attività caratterizzata da una forte componente cognitiva che, in quanto tale, risulta spesso difficile da misurare ed osservare.

Infatti, alcuni autori, partendo dalla constatazione dei limiti dei tradizionali modelli di valutazione, hanno proposto un metodo basato sulle competenze individuali in cui oggetto della valutazione divengono le capacità dei singoli individui di utilizzare le risorse proprie, dell'organizzazione e dell'ambiente, dando luogo a comportamenti che consentano di affrontare con successo, la varietà e la complessità delle situazioni relative ai diversi processi aziendali (Capaldo e Zollo, 1999: 70).

Il metodo di valutazione che enfatizza le competenze è stato introdotto e «pensato» principalmente per quei contesti organizzativi caratterizzati da limitata formalizzazione delle attività, da un ambiente esterno soggetto a rapidi mutamenti e in cui le situazioni, che le risorse umane devono quotidianamente affrontare, sono mutevoli e variabili. In base a ciò, si comprende che in tali contesti il *focus* non può essere sulla posizione di lavoro quanto sul ruolo, inteso come insieme di contributi attesi sul processo da una persona (12).

Tra i modelli di valutazione basati sulle competenze, di particolare interesse è l'approccio definito situazionale che evidenzia il legame non solo tra competenze e conoscenze, capacità di *problem solving* oppure attitudini personali ma si basa sulle modalità con cui ogni individuo utilizza le conoscenze, la capacità, le attitudini in determinate situazioni che, nello svolgimento del proprio ruolo, si possono presentare.

Questo approccio prevede che, innanzi tutto, vengano individuati i cosiddetti Osservatori aziendali che hanno il compito (e le opportunità) di descrivere le competenze di ogni individuo. In tal caso si identificano differenti fonti di valutazione tra cui ad esempio i colleghi, i collaboratori, i clienti e lo stesso valutato (13). Inoltre, sono necessarie sia tecniche idonee a tradurre i giudizi degli osservatori organizzativi che strumenti capaci di rappresentare le competenze individuali.

5. L'analisi delle competenze in un'organizzazione professionale: il caso della Asl 5 di Pisa

Partendo dalle considerazioni finora sviluppate, abbiamo cercato di introdurre il tema delle competenze in un'organizzazione sanitaria. L'azienda che ha costituito l'oggetto della nostra analisi è stata l'azienda Usl 5 di Pisa (14).

Obiettivo principale dell'esperienza, è stato quello di analizzare inizialmente le attività caratterizzanti alcune unità operative all'interno dell'azienda Usl e di comprendere quali competenze richiede lo svolgimento di tali attività. Il percorso adottato, ci ha portato a focalizzarci sugli attori sanitari, che con le loro competenze, *skills* ed esperienze sono la parte attiva dei processi clinici. Successivamente, si è cercato di capire come le competenze utilizzate sono state acquisite, ampliate e in ultimo se esse vengono condivise e trasferite ad altri operatori e, in caso affermativo capire come avviene il trasferimento (è ovvio che questa fase ha richiesto contatti diretti con gli operatori, tramite discussioni informali e interviste destrutturate).

Tutto ciò è stato fatto tenendo presente che il processo lavorativo sanitario è incomprensibile se non si considera che in esso operano non solo ruo-

li organizzativi ma anche, e soprattutto «professioni», le quali sono rappresentate da soggetti collettivi dotati di una propria identità professionale e che perseguono una loro strategia. Infatti, le aziende sanitarie rappresentano un caso emblematico di burocrazia professionale il cui sistema di governo si basa sulle competenze professionali degli operatori sanitari, i cui processi sono poco strutturati e esiste difficoltà di proceduralizzazione. In particolare, ogni unità è stata pensata ed analizzata non tramite una logica meramente organizzativa (considerando ad esempio solo singoli rapporti gerarchici tra ruoli direttivi e ruoli subordinati o analizzando solo il contenuto delle singole mansioni), ma tenendo presente che all'interno di ogni reparto ospedaliero si confrontano logiche organizzative e professionali ed avendo sempre chiaro che i professionisti sanitari sono operatori dotati di competenze tecniche, di esperienza, sapere, probità e qualità.

Successivamente, una volta mappati i processi critici e le competenze ad essi connesse, si è cercato di capire se e come sia possibile trovare dei precisi collegamenti tra i due gruppi nonché di evidenziare eventuali *gap* tra le competenze richieste dai processi e quelle realmente disponibili all'interno dell'organizzazione.

Al fine di perseguire questo scopo, sono state previste due fasi in cui si è cercato di introdurre il tema e l'analisi delle competenze all'interno della azienda.

In un primo momento si è tentato di definire uno schema iniziale dei processi/attività caratterizzanti alcune unità operative dei presidi ospedalieri dell'azienda, ponendo una particolare attenzione alle competenze che, secondo gli operatori sanitari, sono richieste per svolgere queste attività.

In particolare, sono state analizzate quattro unità di cui tre ospedaliere e

una territoriale. L'analisi di ogni unità operativa ha previsto l'incontro e la discussione con quattro figure professionali:

- 1) responsabile di struttura;
- 2) medico dipendente della struttura;
- 3) caposala;
- 4) infermiere.

Attraverso dei colloqui con tali figure, si è cercato di far riflettere gli operatori sul tema delle competenze, soprattutto su quelle competenze che le attività, da essi svolte, richiedono. Inoltre si è chiesto di riflettere sulla possibilità di una eventuale trasferibilità della conoscenza all'interno delle unità operative e di identificare, in caso affermativo, gli strumenti più idonei per il trasferimento.

Le unità analizzate sono state:

- U.o. malattie cardiovascolari del P.O. di Pontedera;
- U.o. malattie cardiovascolari del P.O. di Volterra;
- U.o. di medicina interna del P.O. di Volterra;
- U.o. di rianimazione del P.O. di Pontedera.

I risultati ottenuti evidenziano come tanto i responsabili delle unità operative quanto i professionisti medici, ritengono che la *conditio sine qua non* per poter svolgere le attività di loro pertinenza sia rappresentata dalle competenze professionali (intendendo con ciò il bagaglio cognitivo e pratico che si acquisisce inizialmente, tramite gli studi universitari ma soprattutto in seguito attraverso l'esperienza diretta). Accanto alle competenze professionali sono emerse le competenze «extra-professionali» (gli stessi primari hanno avuto difficoltà ad articolare a causa del rapporto che lega, secondo gli intervistati, tali competenze con le attitudini e le caratteristiche personali di ogni operatore).

Invece, il caso in cui è stata rilevata una maggiore variabilità, nell'artico-

lazione delle competenze richieste per svolgere le attività principali delle unità operative considerate, è emerso durante i colloqui con le altre due figure professionali, ovvero caposala e infermieri.

Nel primo caso (relativo alle caposala), accanto alle competenze di tipo professionale sono state citate competenze gestionali e con ciò gli intervistati hanno inteso classificare sia la capacità di gestire i propri collaboratori che di risolvere gli eventuali conflitti che emergono tra gli stessi. Altra categoria di competenze si riferisce alle capacità relazionali che, secondo il parere degli intervistati, comprendono sia la capacità di collaborare all'interno dell'unità operativa di riferimento, sia la capacità di rapportarsi col paziente.

Per quanto riguarda gli infermieri, gli intervistati, hanno sottolineato che per svolgere nel modo migliore le proprie attività sono necessarie, accanto a quelle professionali, le competenze relazionali. Per quanto riguarda il trasferimento e la diffusione delle conoscenze, quasi tutti gli operatori intervistati hanno sostenuto l'esistenza di meccanismi, per lo più informali, che consentono, tramite l'attivazione di processi di esternalizzazione, il trasferimento e la condivisione della conoscenza (tra di essi ad esempio troviamo il dialogo con i collaboratori e le discussioni su determinati casi, meno frequenti sono le riunioni formali). Deve essere comunque sottolineato che la presenza di fiducia nelle relazioni tra operatori risulta fondamentale per attivare i meccanismi di conversione della conoscenza.

Esisterebbe in alcuni casi però la presenza di una sorta di egoismo professionale (specie per la trasmissione delle pratiche «manuali») che ostacolerebbe la diffusione della conoscenza e che caratterizzerebbe i ruoli apicali.

Riguardo all'acquisizione delle conoscenze, è stata attribuita molta importanza all'esperienza e, solo successivamente alla frequenza di corsi *ad hoc*. Inoltre, soprattutto i dirigenti responsabili di struttura hanno riconosciuto la necessità di specifiche competenze per svolgere l'attività sanitaria, competenze che non possono essere acquisite ma che dipendono dalle attitudini personali. Ed è in base all'osservazione (mirante ad individuare chi detiene queste competenze extra-professionali) che all'interno di ogni singolo reparto avviene una sorta di divisione del lavoro cui si affianca la valorizzazione dei diversi ruoli professionali.

Successivamente, fermo restando che nella nostra analisi abbiamo accolto la definizione che identifica le competenze come variabili individuali, complesse e multifattoriali, che possono essere identificate come l'insieme di conoscenze, esperienze e capacità; abbiamo cercato di giungere ad una definizione di competenze di tipo generale in campo sanitario. Tale definizione generale è stata necessaria dal momento che, uno degli obiettivi della fase successiva, prevedeva di giungere alla definizione di una sorta di evoluzione professionale che caratterizza le diverse figure mediche e, per far ciò, è stata necessaria la collaborazione dei responsabili delle unità operative che hanno cercato di aiutarci a censire tutte quelle competenze che un loro collaboratore dovrebbe presentare al momento «dell'ingresso» nella stessa unità (abbiamo presupposto appena specializzato) e nei successivi percorsi professionali (articolarlo questi ultimi in determinati archi temporali, in particolare dopo 5 e 15 anni di esperienza).

Una volta identificate le competenze che contraddistinguono la progressiva maturazione di un operatore sanitario, abbiamo cercato di sviluppare il

secondo obiettivo che consisteva nel definire, non solo le attività caratterizzanti le unità operative considerate (cosa peraltro fatta parzialmente durante i primi incontri), ma anche — e principalmente — l'attenzione doveva vertere sull'analisi di processi critici che data la loro specificità richiederebbero il possesso, da parte di chi è deputato ad eseguirli, di specifiche competenze, articolate in termini di particolare conoscenza (sapere in senso lato), di specifica pratica manuale (saper fare), di capacità relazionali, ecc. Inoltre, la criticità di tali processi poteva derivare dalla criticità delle particolari attività che li caratterizzano o dalla specifica tipologia di pazienti curati (15). È doveroso spiegare che la centralità dei processi nella costruzione di un sistema di governo delle competenze deriva da diverse considerazioni. Prima di tutto, i processi costituiscono il «luogo» dove si ottengono le *performance* dell'azienda e dove le competenze trovano applicazione e vengono contestualizzate. Secondariamente, i processi rappresentano «il luogo» in cui si manifesta l'innovazione sia di tipo tecnologico che gestionale e organizzativo.

Le competenze, richieste dai processi, sono state classificate e analizzate in termini di:

- conoscenza generale richiesta per lo svolgimento delle attività;
- competenze professionali;
- competenze organizzative;
- competenze relazionali;
- e
- competenze personali.

In particolare, le competenze professionali comprendono quell'insieme di capacità prevalentemente tecniche che consentono ad ogni operatore di raggiungere gli obiettivi aziendali. Le competenze relazionali invece, comprendono l'insieme di capacità sulle quali l'individuo fa leva per attivare capacità e risorse possedute da al-

tri. Le competenze organizzative sono individuabili nell'insieme di capacità che l'individuo attiva e che gli consentono di massimizzare le risorse messe a disposizione dell'organizzazione e, infine, le capacità personali si riferiscono a quelle capacità che permettono all'individuo di avere un comportamento adeguato in presenza di situazioni difficili e complesse. Dunque, come detto in precedenza, gli obiettivi che sono stati perseguiti nei successivi incontri sono stati:

1) cercare di identificare alcuni processi critici caratterizzanti le Unità operative analizzate, identificando le relative competenze «critiche»;

2) definire l'evoluzione professionale, in termini di competenze richieste dal ruolo. In tal caso possiamo dire di aver utilizzato un approccio di tipo *top down* in quanto sono state prima definite le competenze necessarie per svolgere le attività sanitarie per poi declinarle in effettive competenze individuali.

Tuttavia, in tutti i casi è stata riscontrata una generale difficoltà ad individuare la criticità caratterizzante alcuni processi, e molto spesso, il processo critico, secondo gli intervistati, non era definibile a livello sanitario bensì a livello gestionale. In realtà però è stato possibile percepire, in maniera più o meno diretta, la tendenza a collegare e ad individuare particolari persone che, all'interno delle unità, svolgono determinati compiti. Questa individuazione, che porta a una sorta di divisione interna del lavoro, dovrebbe tenere conto, non tanto del possesso delle competenze professionali (che dai risultati delle nostre discussioni vengono assunte come un ovvio prerequisito) quanto dai comportamenti individuali mostrati e dalle motivazioni che contraddistinguono i diversi operatori.

La difficoltà di censire le competenze di fatto rappresenta un ostacolo

per l'introduzione di strumenti finalizzati alla loro valorizzazione. Infatti, se non si riesce (o forse non si vuole riconoscere?) ad individuare chi, all'interno dell'unità possiede in modo «esclusivo» certe competenze, com'è possibile pensare di introdurre e stimolare interventi che consentano una loro condivisione e diffusione (anche al fine di tutelare, «in caso di fuga di colui che le possiede in modo esclusivo», l'intera organizzazione)?

Data la particolarità e peculiarità dell'attività sanitaria, che porta gli operatori a rapportarsi quotidianamente con questioni relative alla vita e alla morte degli individui, è realmente pensabile la necessaria autosufficienza che deve presentare chiunque voglia operare in particolari unità ospedaliere, oppure è possibile individuare al di là di un comune *background* che consente di svolgere determinate attività, qualche competenza distintiva, patrimonio esclusivo di alcuni professionisti? È reale l'impossibilità di identificare, i soggetti più competenti per lo svolgimento di alcuni processi o invece la difficoltà risiede in una cultura poco incline al riconoscimento dei meriti individuali?

Deve essere però sottolineato che le difficoltà nell'introduzione dell'approccio, non rappresentano un'esclusiva delle organizzazioni che hanno rappresentato l'oggetto dell'analisi. Infatti, come Capitello e Civelli (1999) hanno sottolineato, mentre in molte società multinazionali l'approccio è radicato su sistemi di valutazione ormai consolidati, nel contesto italiano si riscontrano degli ostacoli che non sono imputabili solo alle piccole dimensioni delle imprese che costituiscono il nostro tessuto industriale, ma soprattutto a fattori quali: la carenza di una cultura valutativa; l'assenza di politiche gestionali condivise e la scarsa attenzione e attitudine all'analisi dei bisogni formativi, nonché alla valuta-

zione dell'impatto organizzativo che le azioni formative determinano nei contesti in cui vengono avviate. Nel caso delle aziende sanitarie pubbliche, ai precedenti, si aggiunge un altro elemento, rappresentato dalla facoltà/diritto che consente ai medici di esercitare la libera professione. Tale opzione a volte può portare i professionisti ad ostacolare o limitare la valorizzazione anche economica dei «meriti» individuali all'interno del contesto istituzionale, anche perché, in tale contesto ciò che il paziente sceglie non è il singolo medico, quanto la tipologia professionale del professionista. Di conseguenza, i meriti possono venire strumentalmente utilizzati e propagandati per il mercato libero professionale.

Da ciò si può comprendere come l'opportunità di esercitare la libera professione possa costituire un elemento distorsivo all'interno del sistema aziendale pubblico, in alcuni casi rallentando la valorizzazione delle competenze individuali (per le finalità aziendali), in altri rappresentando uno strumento per acquisire competenze da utilizzare per finalità personali.

Se però non si cerca di superare questi ostacoli è veramente difficile, se non quasi impossibile, pensare di introdurre logiche tese alla valorizzazione delle competenze caratterizzanti le organizzazioni sanitarie.

Altre volte, la sensazione emersa durante i colloqui, è stata quella che, definendo punti di forza o di debolezza venissero a galla alcune considerazioni che limitassero la rilevanza di alcune figure professionali.

Infatti, se possiamo credere all'autosufficienza in casi particolari e in specifiche Unità operative (si pensi ad esempio all'Unità di rianimazione), tale che tutti devono saper fare tutto (o sanno fare tutto?), accogliamo la simpatica provocazione, per cui: se è vero che posso insegnare ad un tacchino ad

arrampicarsi sugli alberi, è meglio all'occorrenza assumere uno scoiattolo (tenuto anche conto che sarebbe illusorio credere di poter assumere lo scoiattolo che si arrampicherà meglio in assoluto poiché se da un lato è possibile scegliere lo scoiattolo che sembra possedere i requisiti più adatti per ricoprire il ruolo, d'altro canto la facilità di arrampicarsi in fretta dipenderà fondamentalmente dal contesto di riferimento) (16).

Forse però la difficoltà nell'ottenimento di informazioni sufficienti sui processi critici sarebbe stata, se non eliminata, almeno ridotta, se avessimo prima mappato tutti i processi e poi individuato quelli più critici; ciò però avrebbe richiesto un'osservazione continua e costante nelle unità con conseguenti costi in termini di tempo improponibili.

Il secondo obiettivo era quello di giungere all'individuazione, in termini di competenze, dell'evoluzione professionale degli operatori (rispettivamente dei medici e degli infermieri). Il risultato ottenuto è definibile in senso generico, nel senso che i professionisti intervistati hanno elencato le competenze non in riferimento alle attività che un operatore deve dimostrare di saper svolgere, ma si sono limitati ad elencare le competenze senza approfondirle.

Il primo dato che emerge è quello per cui il *know-how* «tecnico» o se vogliamo, le competenze appartenenti all'area delle conoscenze (seguendo il dizionario proposto da Boyatzis) sono un prerequisito e, ciò che consente di distinguere i diversi operatori, è la reale capacità di applicare queste competenze in situazioni diversificate, riuscendo in tal modo a poter fornire soluzioni «mirate» a bisogni che appaiono sempre più specifici e personalizzati. A ciò possiamo correlare anche quella che per i nostri interlocutori dovrebbe essere rappresentata dalla ca-

pacità di contestualizzare o meglio di regolare il proprio comportamento in base all'ambiente di riferimento e che noi, accogliendo la definizione di Civelli e Manara (2002: 155), abbiamo definito come *consapevolezza organizzativa*.

Il punto dolente dei nostri incontri ha riguardato l'identificazione dei processi critici derivanti dall'esercizio della professione sanitaria. Infatti, tralasciando le considerazioni per cui, secondo alcuni nostri interlocutori era impossibile delineare alcuni processi critici in quanto tutta l'attività sanitaria, essendo collegata al benessere delle persone, è critica, dobbiamo rilevare come solo in due casi siamo giunti ad identificare processi critici per come era richiesto dalla nostra indagine.

Nel primo caso, infatti, il responsabile di una delle unità operative analizzate ha sottolineato come, all'interno della corrispondente unità solo due operatori presentano le competenze per svolgere un particolare esame endoscopico. La rilevazione di ciò è interessante poiché porta a riflettere su che cosa potrebbe succedere in caso di assenza di tali operatori all'interno dell'unità che in questa evenienza, presenterebbe o meglio non sarebbe capace (competente?) di svolgere alcune funzioni necessarie per soddisfare le esigenze di determinati pazienti. L'aver rilevato la limitata diffusione di una determinata competenza dovrebbe attivare interventi finalizzati alla sua diffusione in modo che altri operatori, compatibilmente alle loro motivazioni, possano acquisirle.

Il secondo caso interessante è stato rilevato in una delle due Unità operative di cardiologia oggetto delle nostre analisi. In questa unità, infatti, è stato identificato come processo critico l'attività di terapia intensiva che richiede competenze che all'interno dell'unità sono poco sviluppate e che potrebbero essere acquisite solo tra-

mite una formazione specifica. Tra i motivi che forse spiegano la difficoltà di giungere a una definizione dei processi critici, si può trovare la inammissibilità da parte di alcuni responsabili della mancanza di competenza sanitarie e ciò spiegherebbe anche la prevalenza nell'identificazione dei processi critici con processi gestionali e organizzativi come ad esempio la gestione del *budget* oppure quella di un gruppo di collaboratori. Infatti, molto spesso gli interlocutori trovavano ammissibile la constatazione della necessità di sviluppare queste competenze e ciò perché di fatto la loro preparazione non prevede una specifica formazione manageriale.

Tuttavia, non poche sono state le difficoltà riscontrate nell'introduzione dell'analisi.

Forse queste difficoltà derivano dal fatto che l'approccio delle competenze rappresenta una pratica nuova per le organizzazioni in esame cui si è aggiunta la difficoltà di utilizzare una terminologia ed un linguaggio comune. Tuttavia, l'esperienza ha comunque generato alcune riflessioni: di fatto, molte delle competenze indicate dai nostri interlocutori sono le stesse che possiamo trovare nelle schede di valutazione dei dipendenti e che sono presenti alla voce in cui si valutano i comportamenti organizzativi. Perciò forse sarebbe un errore affermare che le competenze nell'attuale modalità di gestione del personale sono totalmente assenti. Probabilmente, questa gestione non è costante ma limitata a delle esigenze e necessità che appaiono contingenti. Per questo la sfida che si può lanciare alle organizzazioni sanitarie è quella di cercare gli strumenti più idonei, date le loro peculiarità, in modo che ogni organizzazione possa caratterizzarsi non tanto per la presenza di meccanismi che descrivono e prescrivono minuziosamente cosa le persone che ricoprono una certa posi-

zione devono fare, bensì, in primo luogo queste organizzazioni devono introdurre metodi che consentano di avere la certezza che al loro interno ci sono persone che sanno fare determinate cose che sono fondamentali per il funzionamento dell'organizzazione.

Successivamente, sarà necessario «vincere» i casi in cui esiste quello che da alcuni è definito come egoismo professionale (ostacolo culturale) e avviare, in tal modo, meccanismi di diffusione delle competenze individuali non solo tra operatori appartenenti alla medesima unità ma anche e soprattutto tra soggetti appartenenti a diverse Unità operative.

(1) A tal proposito possiamo ricordare l'intervento di Drucker (1999: 144) che ha definito la maggior parte degli operatori sanitari come «tecnologi». Tale definizione secondo l'Autore è riferibile a tutti quei *knowledge workers* che svolgono allo stesso tempo lavori sia intellettuali che manuali e che «applicano conoscenze a livello superiore».

(2) Questa equivalenza è ampiamente accettata in letteratura, tuttavia è doveroso ricordare che esistono diverse tassonomie del capitale intellettuale che identificano il «capitale organizzativo» a volte come capitale strutturale (Brookings, 2000; Bontis, 1998; Stewart, 1999) o come «struttura interna» (Sveiby, 1997) e il «capitale clienti» come «capitale relazionale» o come «struttura esterna» (ibid.).

(3) La crescita delle comunità di pratica può essere favorita e promossa dalle aziende attraverso diversi strumenti. Pensiamo ad esempio alla possibilità di conferire a queste comunità uno status quasi ufficiale, oppure all'attribuzione di determinate e precise risorse o ancora alla facilitazione degli spostamenti dei dipendenti da una divisione all'altra, in modo da metterli in contatto con altri colleghi (stimolando in tal modo gli scambi interpersonali).

(4) Possiamo comunque notare una sorta di gerarchia tra le componenti delle competenze, in quanto la conoscenza è solo sussidiaria rispetto all'evidenza di capacità e — soprattutto — di un'esperienza acquisita.

(5) Si deve sottolineare che, l'esistenza di una completa mappatura in termini di profili di competenza richiesti, consente un'appropriata politica di sviluppo di carriera delle risorse umane. Infatti, il censimento delle competenze

individuali fornisce, in modo quasi automatico, non soltanto la rosa delle candidature per le posizioni da occupare, ma anche informazioni cui agganciare retribuzione, formazione, ecc.

(6) Il concetto di «ruolo» merita un breve approfondimento. Un ruolo infatti, è identificato dall'insieme dei contributi attesi sul processo da una persona o da una famiglia professionale ed è per questo collegabile ad un intero processo o a particolari attività. In particolare, esso si è sostituito al concetto di mansione (intesa come semplice insieme di attività che una persona appartenente all'organizzazione deve svolgere). Infatti, focalizzandoci sui ruoli, l'attenzione non è rivolta a singole attività quanto a un ciclo di prestazioni che sono finalizzate all'ottenimento di un dato risultato e ciò si collega alla presenza di un determinato processo operativo da sviluppare. Inoltre è bene ricordare che l'identificazione dei ruoli non può avvenire isolandoli dal contesto di riferimento cui appartengono, ma è fondamentale che essi vengano identificati sia in base alle attese di comportamento che di prestazione che dipendono dall'appartenenza ad un sistema di ruoli tra loro interdipendenti e collocati in uno specifico contesto organizzativo. A ciò dobbiamo aggiungere, come Rebra (2001) ha suggerito, che il concetto di ruolo, richiama le capacità degli individui di rispondere in modo personale alle varie situazioni che si possono presentare, attivando le proprie risorse di conoscenze, abilità, comportamento.

(7) Il capitale intellettuale può essere definito come il risultato dell'impiego della conoscenza, veicolata dal capitale umano, sui processi di risposta ai bisogni del cliente ed alle dinamiche ambientali (Lega, 1997: 14).

(8) Le organizzazioni sanitarie creano valore se sono capaci di soddisfare i bisogni individuali (espressi dai pazienti) tramite l'erogazione di servizi di qualità; se riescono ad aumentare il benessere collettivo (prospettiva di comunità); se operano in condizioni di economicità in modo da garantire l'autoconservazione (Fontana, Lorenzoni, 2000: 119).

(9) Per un approfondimento sul tema si vedano: Del Vecchio, De Pietro, 2002; Del Vecchio, 2000; De Pietro, 2002.

(10) Per la definizione dei percorsi di carriera in una realtà sanitaria si veda Belcari, s.i.d.

(11) È bene tuttavia tenere presente che la leva retributiva, nel caso delle aziende sanitarie, presenta dei limiti in quanto alla maggior parte del personale laureato, viene attribuito, fin dalla prima assunzione, un incarico professionale. Conseguentemente, il livello di reddito è elevato e ciò riduce, come molti dirigenti di struttura lamentano, lo spazio a disposizione

per esercitare le leve strategiche collegate alla retribuzione di risultato (De Pietro, 2001).

(12) Analizzando i requisiti che definiscono l'opportunità di un approccio basato sulla valutazione delle competenze è immediato rilevare la loro congruenza con la situazione che caratterizza le organizzazioni sanitarie. Infatti, l'attività sanitaria è solo in parte formalizzabile e standardizzabile, e di conseguenza ciò comporta una variabilità elevata delle situazioni con cui gli operatori devono confrontarsi. Inoltre il contesto di riferimento è soggetto a continui aggiustamenti introdotti dalle riforme del settore e dagli sviluppi tecnologici.

(13) A ciò si collegano i *Multi-Source Feedback systems* (MSF) che hanno l'obiettivo di fornire informazioni ai singoli membri dell'organizzazione sulle proprie prestazioni. Infatti, in tali sistemi l'informazione è generata non solo dal superiore gerarchico ma anche da altri valutati e a questo processo partecipa lo stesso valutato che ha il compito di compilare un'autovalutazione per fornire spunti nella fase di riflessione dopo che il *feedback* è stato ricevuto dagli altri. Obiettivo dei MSF è quello di fornire al valutato una visione globale delle percezioni di altri soggetti in merito alla sua prestazione di lavoro. Inoltre, non bisogna dimenticare che un vantaggio di tali sistemi consiste nella loro adattabilità alla focalizzazione sullo sviluppo di competenze relazionali che comprendono tutte le caratteristiche personali, le conoscenze, e *skills* sociali necessarie per lavorare efficacemente con altri individui in ogni contesto organizzativo (Mundell, 2001).

(14) L'attuale configurazione della Asl è il risultato della fusione di tre ex Usl: Volterra, Pontedera e Pisa e che oggi corrispondono alle attuali zone di competenza dell'azienda. I presidi ospedalieri di cui è dotata, sono localizzati a Pontedera e a Volterra, mentre quelli appartenenti alla ex Usl pisana, Cisanello e S. Chiara, attualmente fanno parte della Azienda ospedaliera.

(15) Ciò che si voleva ottenere dall'analisi dei processi critici era l'identificazione di eventuali colli di bottiglia in termini di competenze da essi richieste.

(16) G.C. Cocco (1997: 107).

BIBLIOGRAFIA

- BELCARI G. (s.i.d.), *Progetto di lavoro. Valutazione permanente delle prestazioni e gestione delle progressioni di carriera della dirigenza nelle aziende sanitarie*, dattiloscritto, Pisa.
- BLACKLER F. (1999), «Dal concetto statico di conoscenza al concetto dinamico di cono-

- scere: il Knowing come processo e prodotto delle comunità», *Studi organizzativi*, 3.
- BONIFACIO M., BOUQUET P., MERIGLIANO D. (2002), «Knowledge e management: sono compatibili?», *Economia & Management*, 3, pp. 69-80.
- BONTIS N. (1998), «Intellectual Capital: An Exploratory Study that Develops Measures and Models», *Management Decision*, 36 (2).
- BROOKINGS (2000), *Understanding intangibles sources of value*, Report of the Intangibles Task Force, The Brookings Institution, Washington.
- CAMUFFO A. (1996), «Competenze. La gestione delle risorse umane tra conoscenza individuale e conoscenza organizzativa», *Economia & Management*, 2, pp. 67-81.
- CAMUFFO A. (2000), «Il valore delle competenze», *Sviluppo & Organizzazione*, 178, pp. 21-36.
- CAPALDO G., ZOLLO G. (1999), «La valutazione delle risorse umane basata sulle competenze: aspetti teorici ed evidenze empiriche», *Studi Organizzativi*, 3.
- CIVELLI F., MANARA D. (2002), *Lavorare con le competenze. Riconoscerle, gestirle, valorizzarle*, Angelo Guerini e Associati, Milano.
- COCCO G.C. (1997), «Un modello semplificato delle competenze», *Sviluppo & Organizzazione*, 164, pp. 105-118.
- DE FEO F. (1998), «La trasformazione della conoscenza da tacita in esplicita», in Lipparini A. (a cura di), *Le competenze organizzative: sviluppo, condivisione, trasferimento*, Carocci, Roma.
- DE PIETRO C. (2001), *La valutazione del personale in un'organizzazione professionale*, dattiloscritto, SDA-Bocconi.
- DE PIETRO C. (2002), «La valutazione del personale dirigente quale strumento di sviluppo organizzativo. Il caso di un'azienda sanitaria territoriale», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2001*, Egea, Milano.
- DEL VECCHIO M., DE PIETRO C. (2002), «La valutazione del personale dirigente: una leva a disposizione delle aziende», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2001*, Egea, Milano.
- DEL VECCHIO M. (2000), «La valutazione del personale: alcune riflessioni sull'esperienza delle aziende sanitarie pubbliche», *Azienda Pubblica* 2, 3.
- DEL VECCHIO M. (2001), *Dirigere e governare le amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano.
- DRUCKER P.F. (1999), *Le sfide del management del 21° secolo*, Franco Angeli, Milano.
- EUROPEAN HIGH LEVEL EXPERT GROUP - DG ENTERPRISE (2000), *The intangible economy, Impact and policy issues*, Report, ottobre.
- FONTANA F., LORENZONI G. (A CURA DI) (2000), *L'architettura strategica delle aziende ospedaliere: un'analisi empirica*, Franco Angeli, Milano.
- FONTANA F., LORENZONI G. (A CURA DI) (2000), *L'architettura strategica delle aziende ospedaliere: un'analisi empirica*, Franco Angeli, Milano.
- GARVIN D. (1993), «Building a Learning Organization», *Harvard Business Review*, July-August.
- HABERSAM M., PIPER M., *Exploring intellectual capital in hospitals - two qualitative case studies in Italy and Austria*, Leopold-Franzens Universität, Innsbruck, s.i.d.
- HALL R. (1992), «The strategic analysis of intangible resources», *Strategic Management Journal*, 13 (2).
- LEGA F. (1997), «Sviluppo e controllo della conoscenza quali determinanti del vantaggio competitivo nelle aziende sanitarie pubbliche: dalla teoria alla pratica», *Organizzazione sanitaria*, 5.
- MINCER J. (1989), «Introduction», in *Human Capital responses to technological change in the labor market*, W.P. n. 3207, NBER.
- MUNDELL B. (2001), «Multi-Source Feedback: verso la delega delle responsabilità per le carriere», *Economia & Management*, 2, pp. 27-30.
- NONAKA I. (1994), «Come un'organizzazione crea conoscenza», *Economia & Management*, 3.
- RABE J.G., REILLY R.F. (1996), «Looking Beneath the Surface: Valuing Health Care Intangible Assets», *National Public Accountant*, 41.
- RABE J.G., REILLY R.F. (1997), «The Valuation of Health Care Intangible Assets», *Health Care Management Review*, 22, (2).
- REBORA G. (2001), *Manuale di organizzazione aziendale*, Carocci, Roma.
- SCIFO G. (1995), «Il capitale umano nell'impresa vent'anni dopo», *Sviluppo & Organizzazione*, n. 147, pp. 18-28.
- SENGE P. (1992), *La quinta disciplina*, Sperling & Kupfer, Milano.
- SPENCER L.M. (1992), *Competency assessment methods: history, and state of the art*, Hay McBer Research Press, Boston.
- STEWART T.A. (1991), «Brainpower. How intellectual capital is becoming America's most valuable Asset», *Fortune*, June, 3.
- STEWART T.A. (1994) «Your company's most valuable asset: intellectual capital», *Fortune*, October, 5.
- Stewart T.A. (1999), *Il capitale intellettuale. La nuova ricchezza*, Ponte alle Grazie, Milano.
- STEWART T.A. (2002), *La ricchezza del sapere. L'organizzazione del capitale intellettuale nel 21° secolo*, Ponte alle Grazie, Milano.
- Sveiby K.E. (1999a), *Benvenuti nell'organizzazione della conoscenza*, in www.sveiby.com.
- SVEIBY K.E. (1997b), *The New Organisational Wealth. Managing and measuring Knowledge Based Assets*, Berret-Koehler, San Francisco.
- SVEIBY K.E. (1998), *Intellectual Capital and Knowledge Management*, in www.sveiby.com.
- SVEIBY K.E. (1999b), *Cos'è la gestione della conoscenza*, in www.sveiby.com.
- SVEIBY K.E. (1994), *Towards a knowledge perspective on Organization*, in www.sveiby.com.
- SVEIBY K.E. (1997a), «The intangible assets monitor», *Journal of human resource costing and accounting*, 2.
- VARCHETTA G. (1993), «Il metodo delle competenze», *Sviluppo & Organizzazione*, 140.

Management ed economia sanitaria

MECOSAN

La rivista trimestrale
di saggi e ricerche, documenti e commenti
per il governo manageriale della sanità

edita sotto gli auspici del Ministero della sanità

RACCOMANDAZIONI AGLI AUTORI

Mecosan è una rivista aperta al contributo di chiunque desideri offrire testimonianze, opinioni, notizie e resoconti di studi e ricerche che abbiano attinenza con i temi dell'economia e della gestione manageriale dei sistemi sanitari.

I contributi, che devono essere originali e avere contenuto innovativo, sono destinati alle seguenti sezioni:

Saggi e ricerche - Documenti e commenti - Esperienze innovative - La sanità nel mondo - Sanità e impresa - Biblioteca.

La lingua ammessa è l'italiano.

Per gli articoli destinati alla sezione «**Saggi e ricerche**» è previsto un **abstract** in inglese che non superi le 200 parole (in corsivo ad interlinea singola).

I contributi devono tenere conto delle seguenti regole editoriali:

Titolo e autori

Il titolo non deve superare le due righe.

I nomi degli autori (nome e cognome), preferibilmente in ordine alfabetico, sono seguiti, senza ulteriore qualificazione, dalla segnalazione degli Enti di appartenenza, richiamati da note numeriche se gli autori provengono da più di una istituzione.

Sommario

Immediatamente dopo gli autori, il sommario deve essere breve ed indicare solo i paragrafi principali, preceduti da numeri arabi seguiti dal punto.

Esempio: SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Parte prima - 3. Parte seconda - 4. Conclusioni - 5. Appendici.

Titoli dei paragrafi

In grassetto, preceduti dai numeri arabi seguiti dal punto.

Esempio: **1. Introduzione**

Eventuali sottotitoli in corsivo.

Tabelle, grafici e figure

Devono essere richiamati nel corso degli articoli con riferimenti puntuali e forniti in stampa separata dal testo e possibilmente in un file diverso. Si ricorda agli autori che *Mecosan* è una rivista in **bianco e nero**, dunque non saranno accettati articoli che contengono figure a colori. Le rappresentazioni grafiche saranno accettate a condizione che siano accompagnate da tabelle numeriche riportanti i dati di riferimento.

Note

Devono essere richiamate numericamente, riportate alla fine dell'articolo (e non a pie' di pagina).

Lunghezza articoli

Indicativamente i saggi dovranno essere tra le cinquemila e le diecimila parole; per le altre sezioni si consiglia di non eccedere le settemila parole.

Riferimenti bibliografici

Si devono effettuare con il sistema autore-data (e non con i numeri progressivi) nel corpo del testo o in nota. Le indicazioni corrispondenti si devono riportare alla fine dell'articolo nella **bibliografia**, dopo le note, in ordine alfabetico, secondo il seguente esempio:

— per testi: richiamo: (Clerico, 1984); indicazione: CLERICO G. (1984), *Economia della salute*, Franco Angeli, Milano.

— per articoli: richiamo: (Volpatto, 1990); indicazione: VOLPATTO O. (1990), «La privatizzazione dei servizi pubblici», *Azienda Pubblica*, 2: pagg. 243-252.

I testi non citati nell'articolo che eventualmente si vorranno segnalare dovranno essere inseriti in una **bibliografia separata**.

I testi

Devono pervenire su dischetto, preferibilmente in Microsoft Word per DOS o Windows, con allegata copia cartacea preceduti da una pagina che indichi:

— nome, cognome, indirizzo completo di numero telefonico e di fax degli autori o dell'autore principale;

— titolo e sezione per cui si propone l'articolo.

Devono essere inviati a:

**Mecosan - Redazione - c/o CeRGAS, Viale Isonzo, 23
20135 Milano - Tel. 0258362600 - Fax 0258362593-98
E-mail: mecosan@uni-bocconi.it**

Gli articoli pervenuti saranno sottoposti al vaglio dei referenti accreditati e qualora risultassero disattesi i requisiti suindicati potranno essere scartati o integrati dalla redazione.

Documenti e commenti

Sezione 2^a

**IL SUO ABBONAMENTO A
RAGIUFARM
È SCADUTO**

***Paghi subito il suo
abbonamento 2003
ed eviterà la sospensione
dell'inoltro dei fascicoli.***

Riceverà inoltre un regalo.

***Qualora infatti abbia
già pagato * o paghi
entro il 30 giugno 2003
l'abbonamento,
potrà richiedere, in regalo,
una delle annate arretrate
di RAGIUFARM a scelta *****

* A prezzo pieno: € 210,00.

** Con esclusione del 2001 e del 2002. La scelta dell'annata non costituisce vincolo per la SIPIS che in caso di esaurimento delle scorte in magazzino, può sostituire l'annata prescelta con altra annata. L'ordine è valido solo se accompagnato dal pagamento dell'abbonamento entro il 30 giugno 2003.

La presente offerta non è cumulabile con altre campagne promozionali e non è valida per gli ordini che pervengano tramite libreria.



L'OSPEDALE POLISPECIALISTICO TRA PRESENTE E FUTURO. ASSETTO ISTITUZIONALE, ORGANIZZATIVO E GESTIONALE

Federico Lega¹, Giorgio Verme²

¹ CeRGAS-SDA Bocconi, Milano

² Azienda Ospedaliera «San Giovanni Battista» di Torino

SOMMARIO: 1. Premessa: fabbisogni sanitari ed ospedalieri emergenti e risposte organizzative per gli ospedali polispecialistici - 2. Il profilo istituzionale del NOP: brevi cenni - 3. Il profilo organizzativo e logistico del NOP - 4. Il profilo gestionale del NOP - 5. Conclusioni: quanto costa?

1. Premessa: fabbisogni sanitari ed ospedalieri emergenti e risposte organizzative per gli ospedali polispecialistici

Da alcuni anni sta emergendo in modo evidente la necessità di risolvere i problemi inerenti la salute attraverso l'individuazione periferica delle esigenze la cui soluzione avvenga mediante l'offerta di servizi a costo/beneficio compatibile con le risorse.

Alle aree di prevenzione, dei servizi territoriali e residenziali, a quelli della riabilitazione si affianca necessariamente la cura delle malattie in fase acuta.

In questo senso, il percorso di cura (inteso come iter che un paziente segue dal momento in cui sorge il suo problema di salute fino al momento in cui viene risolto - stabilizzato) è diverso a seconda che si affronti la malattia acuta urgente, non urgente, o la malattia cronica.

I percorsi di cura che riguardano malattie o comunque problemi clinici selezionati devono poter svolgersi in contesti organizzativi appropriati rispetto al livello di specializzazione richiesto.

Il percorso migliore sarà quello che accoppierà alla massima efficacia i

minori costi utilizzando sempre il più basso livello di intensità di cura appropriato che corrisponde in generale anche al minor costo di funzionamento (1).

Le esigenze dell'emergenza (medica, chirurgica, traumatologica, ecc.) devono essere risolte attraverso una rete regionale che, individuato il problema, avvii il soggetto alla sede più idonea per la rapida, efficace ed efficiente soluzione del problema specifico.

Queste brevi riflessioni portano ad alcune prime indicazioni-necessità:

— tenere separati i percorsi dell'emergenza rispetto a quelli per risolvere i problemi prevedibili, di elezione;

— graduare le strutture ospedaliere in funzione dei livelli di specializzazione dei problemi clinici che dovrebbero affrontare consentendo a ciascuna di esse di assolvere alla propria missione «libera» dai condizionamenti che oggi pone l'attività urgente su quella elettiva e programmabile;

— affiancare alla graduazione delle strutture ospedaliere di elezione quella delle connesse strutture di emergenza, così da generare un circolo virtuoso in cui alla struttura su cui operano o possono comunque operare gli specialisti altamente qualificati pervengono i

casi appropriati per complessità e gravità, alla struttura accoppiata all'ospedale di comunità e di medio-bassa complessità pervengono i casi urgenti che non necessitano di elevata specializzazione;

— definire regole precise per la convivenza organizzativa tra la struttura di emergenza e quella delle attività in elezione, al fine di consentire all'ospedale di concentrarsi sulla propria vocazione di cura di alta specialità a cui affiancare la ricerca e la didattica, tre «funzioni» che richiedono una base programmabile di attività;

— inserire l'ospedale specialistico di alta tecnologia, che quindi deve definire «a priori» la propria missione individuando e selezionando i tratti di percorso di cura ed i problemi clinici a cui intende dare risposta e su cui intende sviluppare la didattica e ricerca, in una rete assistenziale che gli consenta da un lato di filtrare a monte la domanda di salute (a partire dal Mmg, dai servizi specialistici territoriali, dagli

Pur condividendo gli autori la responsabilità complessiva per i contenuti dell'articolo, i paragrafi 2 e 3 sono da attribuirsi a Federico Lega, il paragrafo 4 è da attribuirsi a Giorgio Verme, i paragrafi 1 e 5 ad entrambi gli autori.

ospedali di Asl di comunità, ecc.), da ricondursi al livello di cura che massimizza il rapporto costo/beneficio, e dall'altro di appoggiarsi a valle per il completamento dell'*iter* assistenziale *post* fase acuta (strutture di riabilitazione, Rsa, assistenza domiciliare, dimissioni protette, ecc.).

In questa prospettiva, gli attuali ospedali polispecialistici italiani di medie e grandi dimensioni risultano inadeguati a cogliere le sfide della medicina moderna, essendo spesso strutture in cui convivono in estremo disordine organizzativo e gestionale:

— un «ospedale regionale di eccellenza»;

— un ospedale «zonale» di comunità;

— un centro di emergenza (DEA) prevalentemente appoggiato sulle strutture di ricovero ospedaliero.

Si rende quindi necessario scindere queste tre realtà tenuto conto che:

a) un ospedale di «eccellenza» è una realtà unica nel territorio perché esegue processi di cura che non possono essere eseguiti in altre sedi (ad esempio i trapianti) e tratta al massimo livello problemi clinici selezionati di elevata complessità. Pertanto necessita di una massa critica di medici e ricercatori nelle varie specialità che devono convivere per strutturare gruppi di lavoro «misti» atti a risolvere al meglio questi problemi. La sua *mission* è assistenziale, di ricerca e di didattica. La convivenza di queste tre esigenze crea per sé problemi. Il costo di quest'azienda è di per sé elevato ed è opportuno che venga consumato per processi di cura appropriati al suo livello di specializzazione. La convivenza con la medicina d'urgenza è possibile purché legata a regole precise;

b) è necessario che l'ospedale di eccellenza espliciti — proprio per gli alti costi — solo quelle funzioni che, nello sviluppo di *process management* del paziente (percorso di cura com-

plexivo) gli sono proprie, ovvero solo il tratto di cura della fase acuta o cronica richiedente intervento di alta specializzazione;

c) la concentrazione nell'ospedale di eccellenza della casistica complessa permette di raggiungere quella massa critica che porta a più elevati livelli di qualità clinica grazie allo sviluppo di una *volume-based quality* oggi spesso impedita dalla dispersione della stessa casistica in molte sedi ospedaliere.

A questi principi dovrebbe ispirarsi la progettazione e costruzione dei nuovi ospedali polispecialistici (NOP), in un periodo di rilevante dinamismo nel rinnovamento e nella ristrutturazione edilizia della rete ospedaliera italiana (2). Ospedali aventi un assetto idoneo a recepire tali esigenze e basata:

— sulla separazione logistica, pur in presenza di una necessaria contiguità fisica, tra attività di emergenza ed elettive;

— su un dimensionamento complessivo di circa 700-800 posti letto, limite massimo per favorirne una gestione manageriale efficace ed efficiente con lo sfruttamento di rilevanti economie di scala e scopo nella gestione delle tecnologie e dei servizi clinici e di supporto (3);

— sulla partecipazione ad una rete integrata verticalmente con strutture ospedaliere di minore complessità (ospedali di comunità e *country hospitals*) e con strutture riabilitative e di lungodegenza (Rsa ed *hospices*) in grado di assicurare un efficace filtro a monte ed a valle del momento acuto;

— su grandi ambulatori, *day hospital* e *day surgery*, servizi diagnostici anche per esterni e reparti di degenza funzionali, che ricoverino solo gli ammalati che per esigenze temporanee richiedano cure intensive, ma che possano risolvere problemi complessi per malati in grado di camminare;

— su ampie aree per la ricerca in sedi adiacenti ai servizi generali ed in particolare ai laboratori di analisi;

— sulla predisposizione di spazi complementari a quelli assistenziali da dedicarsi alla riunioni di reparto, di dipartimento, dei gruppi di lavoro multidisciplinari, all'insegnamento, ai convegni, all'attività del personale (studi medici, spazi per infermieri, biblioteca, ecc.);

— sulla destinazione di spazi per uso commerciale e per l'accoglienza e la permanenza di visitatori, parenti dei degenti e ricercatori o medici in visita (negozi, aree di attesa, bar e ristorante, foresteria, ecc.);

— su aree per esterni che per motivi igienici dovranno ovviamente avere percorsi di scorrimento totalmente separati da quelli dei degenti spesso gravi e immunodepressi.

Il tutto progettato secondo gli schemi architettonici e logistici più moderni e funzionali.

1.1. I riferimenti normativi ed istituzionali

Esistono diversi riferimenti normativi ed istituzionali che supportano l'impostazione discussa nel precedente paragrafo per la progettazione dei NOP (4). Tra i diversi, oltre alle analisi condotte in merito alla necessità di rinnovare e ripensare l'attuale rete ospedaliera italiana [si fa riferimento alla indagini condotte dall'Assr (5) e dal Ministero della salute (6)], meritano particolare attenzione i risultati della commissione *ad hoc* istituita dall'allora Ministro della sanità Umberto Veronesi per lo studio di un ospedale modello (che ha dato luogo al cosiddetto «meta-progetto di ospedale del futuro») (7) e le indicazioni contenute nel Piano sanitario nazionale 2002-2004. Nel box 1 si riportano appunto tali indicazioni. Tra i riferimenti normativi è utile anche rammentare come

Box 1 - Psn 2002-2004

Ridisegnare la rete ospedaliera ed i nuovi ruoli per i Centri di eccellenza e per gli altri ospedali

Per molti anni l'ospedale ha rappresentato nella sanità il principale punto di riferimento per medici e pazienti: realizzare un ospedale ha costituito per piccoli e grandi comuni italiani un giusto merito, ed il poter accedere ad un ospedale situato a breve distanza dalla propria residenza è diventato un elemento di sicurezza e di fiducia per la popolazione, che ha portato l'Italia a realizzare ben 1.440 ospedali, di dimensioni e potenzialità variabili. Negli ultimi 20 anni è cambiata la tecnologia, ed è cambiata la demografia: l'aspettativa di vita è cresciuta fino a raggiungere i 76,0 anni per gli uomini e gli 82,4 anni per le donne, cosicché la patologia dell'anziano, prevalentemente di tipo cronico, sta progressivamente imponendosi su quella dell'acuto. Si sviluppa conseguentemente anche il bisogno di servizi socio-sanitari, in quanto molte patologie croniche richiedono non solo interventi sanitari, ma soprattutto servizi per la vita di tutti i giorni, la gestione della non-autosufficienza, l'organizzazione del domicilio e della famiglia, sulla quale gravano maggiormente i pazienti cronici. Nasce la necessità di portare al domicilio del paziente le cure di riabilitazione e quelle palliative con assiduità e competenza, e di realizzare forme di ospedalizzazione a domicilio con personale specializzato, che eviti al paziente di muoversi e di affrontare il disagio di recarsi in ospedale.

Alla luce di questo nuovo scenario la nostra organizzazione ospedaliera, un tempo assai soddisfacente, necessita oggi di un ripensamento.

Un ospedale piccolo sotto casa non è più una sicurezza, in quanto spesso non può disporre delle attrezzature e del personale che consentono di attuare cure moderne e tempestive.

Un piccolo Ospedale generale diviene più utile se si attrezza con:



- un buon Pronto Soccorso
- una diagnostica di base
- un Reparto di osservazione...

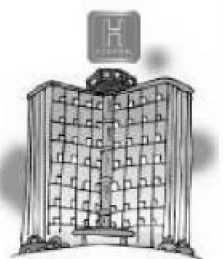
PICCOLI OSPEDALI GENERALI



diventano

CENTRI DISTRETTUALI DI SALUTE

...e si connette con uno o più Centri di alta specialità ai quali inviare i casi più complessi



CENTRI DI ECCELLENZA

ve. Un piccolo ospedale generale diviene assai più utile se si attrezza con un buon pronto soccorso di primo livello, una diagnostica di base e un reparto di osservazione e si connette con uno o più Centri di alta specialità ai quali inviare i casi più complessi, rinunciando ad attuare procedure diagnostiche o terapeutiche non più sufficientemente moderne.

Accanto a questa rete di ospedali minori, che meglio possono divenire Centri distrettuali di salute, è però necessario potenziare un numero limitato di Centri di eccellenza di altissima specialità e complessità, situati strategicamente su tutto il territorio nazionale. Molti di questi centri già esistono, ma parte di essi richiede un forte rilancio.

A tal fine occorre che le regioni sappiano realizzare uno strategico e coraggioso ridisegno della loro rete ospedaliera, superando anche resistenze di settore o interessi di parte, ed è anche necessaria una forte azione di comunicazione con la popolazione interessata per la quale può essere utile il coinvolgimento dei sindaci delle aree metropolitane, che dispongono oggi di notevoli poteri.

la costruzione dei NOP potrebbe e dovrebbe avvenire secondo logiche di finanza di progetto, ed in particolare secondo le regole della cosiddetta legge «Merloni» di cui all'art. 37 bis, comma 2 bis, della legge 109/94.

Per affrontare compiutamente, seppur in termini generali, gli aspetti relativi alla realizzazione dei NOP, nel presente contributo si discutono ed approfondiscono tre ordini di temi:

- il profilo istituzionale;
- il profilo organizzativo e logistico;
- il profilo gestionale.

La prima parte tratta quindi il tema dell'assetto di governo e giuridico che potrà avere il NOP, discutendo quattro diverse opzioni percorribili.

La seconda parte rappresenta il cuore di questa relazione, ed affronta i temi relativi alla composizione e strutturazione del NOP in termini di specialità/professionalità che vi dovrebbero essere dislocate, dimensionamento ed accorgimenti infra-strutturali di base. Molti elementi innovativi rispetto all'attuale «architettura» degli ospedali italiani emergono in questo frangente. Basti ricordare che in linea generale fattori rilevanti di riorganizzazione di un ospedale acuto sono:

- l'incremento degli interventi chirurgici ed endoscopici per via ambulatoriale;
- la diminuzione degli esami di laboratorio, grazie alla maggiore sofisticazione della diagnostica in genere;
- l'incremento delle terapie intensive;
- l'impiego di tecnologie informatiche che può liberare da alcuni vincoli di adiacenza funzionale.

Accanto alla crescita dei servizi ambulatoriali ed alla riduzione dei tempi di degenza, si assisterà quindi ad una maggiore richiesta di assistenza monitorizzata e ad un maggiore numero di esami da eseguire al letto del paziente: questa considerazione ri-

chiede parametri di dimensionamento delle aree di degenza che evidenziano una crescita di spazi attrezzati a scapito di quelli di soggiorno, meno rilevanti per malati che, in prevalenza, trascorreranno in ospedale solo brevi periodi di degenza per la fase acuta (8).

La terza sezione, infine, affronta gli aspetti gestionali che dovrebbero caratterizzare il NOP differenziandolo significativamente dalle attuali logiche di organizzazione e governo dell'attività ospedaliera prevalentemente adottate negli ospedali italiana e risalenti per molti versi ancora alle riforme/impostazioni del 1932 e 1968.

2. Il profilo istituzionale del NOP: brevi cenni

Dando per certo che qualsiasi NOP debba rappresentare una occasione per il rilancio della sanità regionale e locale, la domanda a cui occorre rispondere è quale ruolo debbano, vogliono e possano svolgere i «rappresentanti istituzionali» della cittadinanza, quali i comuni e la Regione.

Il campo di riferimento è quello dell'assetto istituzionale del NOP, ovvero sia della sua proprietà e governo.

Premesso:

— che il meccanismo di finanziamento dell'opera potrà essere vario, spaziando da un finanziamento interamente pubblico a soluzioni più miste quali quelle provviste del *project financing* tramite investitori privati; in questo ultimo caso si troverebbe a pagare secondo gli accordi presi la remunerazione del capitale investito dai soggetti che ne hanno finanziato la costruzione dell'edificio;

— che il NOP opererà come soggetto accreditato nel Ssr di appartenenza;

— che il NOP potrebbe (dovrebbe) operare secondo regole di diritto privato (9), e che nel prosieguo di questo paragrafo si assumerà questa ipotesi

che non necessariamente potrà verificarsi, ma che solleva le maggiori complessità data la presumibile necessità di trasferire risorse umane e materiali dal precedente ospedale pubblico al NOP che lo sostituisce;

— che il personale e le tecnologie del precedente ospedale pubblico trasferite nel NOP configurano un caso di cessione di ramo di azienda, che solleverà indubbiamente un problema di accorta gestione delle relazioni sindacali e delle relazioni con l'università, ma che secondo le vigenti regole del diritto del lavoro prevede per il personale in questione alla scadenza del proprio contratto di settore la conversione al contratto del settore merceologico di riferimento del nuovo soggetto giuridico (per l'appunto il NOP);

si possono configurare tre possibili scenari di assetto istituzionale che tengono in considerazione una maggiore o minore incisività della presenza a livello di organi di governo degli interlocutori pubblici istituzionali privilegiati (Regione e comuni) (10).

2.1. La società di capitali mista pubblico-privata

Un prima ipotesi è quella di costituire il NOP come società di capitale mista, tipicamente una Spa a capitale misto pubblico-privato. In questo caso, i soci del NOP (rappresentati nel Consiglio di amministrazione) potrebbero essere la Regione, il Comune (11), i privati che lo hanno costruito e, nel caso di affidamento a terzi della gestione, il soggetto che lo gestisce operativamente. In aggiunta potrebbero entrare come soci altri soggetti pubblici e privati, quali associazioni di malati, fondazioni interessate al settore sanitario, il *non profit* che ruota attorno alla sanità locale, ecc. Evidentemente, la scelta di fondo è sul come comporre la maggioranza, se

pubblica (Regione e Comune) o privata (gli altri soggetti). Il che significa valutare altresì quali conferimenti i diversi soci debbano o possano fare per la realizzazione del NOP. Essere soci, ed in particolare avere la maggioranza, significa anche assumersi il rischio imprenditoriale, e quindi pro-quota provvedere alla copertura di eventuali perdite e ri-capitalizzazione della società quando si dovesse rendere necessario. Tra maggioranza e minoranza tuttavia le posizioni non sono «equilibrate», avendo il socio di maggioranza o il gruppo di maggioranza il potere di influenzare in maniera rilevante l'azione ed i risultati del NOP (a meno che tale «potere» non venga tramite accordi contrattuali totalmente delegato ad un eventuale soggetto terzo gestore nell'ambito di un quadro di indirizzo concordato). Questa soluzione ha fondamentalmente due pregi:

— permette la rappresentanza di tutti i soggetti interessati al NOP ed il coinvolgimento e la responsabilizzazione degli attori pubblici, gli stessi che devono garantire i permessi e l'accreditamento ad operare nel Ssr e che hanno interesse nel buon e continuo funzionamento del NOP;

— garantisce la massima trasparenza nei rapporti tra i soci e nell'attribuzione delle responsabilità.

2.2. La fondazione di partecipazione

Una seconda ipotesi è quella di costituire il NOP come fondazione di partecipazione (12), secondo un modello simile a quello che vorrebbe sperimentare la Regione Lombardia per la sue strutture ospedaliere. Anche in questo caso la soluzione giuridica consente una ampia rappresentanza di tutti gli interessi, rispetto alla quale tuttavia viene meno la diretta relazione tra possesso delle quote di proprietà (che non esistono) ed influenza della gestione. Di fatto, quando più soggetti

concorrono alla creazione di questo tipo di fondazione, mantengono un potere di indirizzo che tuttavia non necessariamente è direttamente proporzionale al valore del conferimento di beni o capitale apportato alla fondazione, ma dipende dal numero dei posti attribuiti a ciascun soggetto nel Consiglio di amministrazione. Di regola, tuttavia, il Consiglio di amministrazione svolge un ruolo meno attivo che nel caso della Spa, e maggiore autonomia è indirettamente attribuita al *management* (o al soggetto terzo gestore). I vantaggi di questa scelta sono:

— anch'essa permette la rappresentanza di tutti i soggetti interessati al NOP ed il coinvolgimento e la responsabilizzazione degli attori pubblici, coniugate con l'immutabilità dello scopo e la «sopravvivenza» indefinita a fronte anche di dissesti finanziari (ipotesi peraltro assolutamente improbabile). Non esiste in questo caso una responsabilità definita sulla copertura di eventuali perdite (13);

— permette una re-interpretazione in chiave etico-sociale dei problemi clinici. Nel caso specifico, per una Spa mista pubblico-privata (*for profit* o *non profit* è irrilevante), il trattamento di un caso clinico estremamente costoso e con basse e non provate probabilità di successo rappresenta una situazione a rischio di compromissione degli obblighi di corretto svolgimento dell'attività di impresa secondo il codice civile, potendo tale azione arrecare danno agli interessi dei soci. Il *management* in tali casi dovrebbe chiedere l'autorizzazione al consiglio di amministrazione, cosa che mal si concilia con situazioni in cui la decisione deve spesso essere presa in tempi rapidissimi. In ogni caso, la decisione potrebbe essere impugnata dal socio di minoranza che non la condivide. Si tratta evidentemente di una situazione limite, ma che potrebbe ren-

dere complessi i rapporti tra eventuali *partner* pubblici e privati laddove entrambi rispondono finanziariamente dell'andamento economico-finanziario del NOP. Per una fondazione di partecipazione, date le finalità, il problema non si pone;

— permette di sviluppare attività di *fund-raising* istituzionale routinaria, dato che diventa possibile per ciascun cittadino contribuire anche in piccolissima misura attraverso il versamento di una quota associativa annuale. In questo senso il NOP potrebbe diventare veramente di «proprietà» della sua collettività o della sua clientela.

Anche in questo caso il NOP continuerebbe a pagare secondo gli accordi presi la remunerazione del capitale investito dai soggetti che hanno finanziato la costruzione dell'edificio, il quale viene conferito come fondo di dotazione (inalienabile e non spendibile) della fondazione.

Per completezza, va osservato che è possibile coniugare parzialmente le due precedenti formule istituzionali nel caso in cui si opti per istituire una fondazione di partecipazione come «capogruppo» di altre società tipo Spa, una delle quali potrebbe essere il NOP, un'altra magari dedicata alla ricerca scientifica, una terza per servizi logistici, ecc.

2.3. Il privato accreditato

Terza soluzione possibile è quella per cui il NOP si costituisce in una società (Spa od Srl presumibilmente) di proprietà e gestito da una cordata di soli investitori privati. Il NOP opera quindi come privato a tutti gli effetti, ancorché accreditato dal Ssr.

La soluzione, come quelle precedenti, ha ovviamente vantaggi e svantaggi facilmente intuibili. Preme qui ricordare tuttavia che ancora più «complessa» che nei casi precedenti si potrebbe configurare la cessione del

ramo d'azienda dell'ospedale pubblico che viene sostituito dal NOP, non tanto per motivi reali (14), quanto per probabili prese di posizione ideologiche. Sullo sfondo di questa scelta rimane la questione aperta del ritenere che oggi sia sostenibile l'attivazione di un NOP senza che la Regione od il/i Comune/i di riferimento non ne possiedano almeno una quota di proprietà, dato che il NOP dovrebbe rappresentare un vero punto di riferimento della loro sanità, da loro finanziata.

In ogni caso, la gestione operativa del NOP potrebbe essere svolta direttamente dal costruttore/i o da un terzo gestore a cui viene affidata per contratto. Il NOP dovrebbe comunque operare come soggetto accreditato nel Ssr, ed il terzo gestore dovrebbe pagare secondo gli accordi presi la remunerazione del capitale investito (una sorta di affitto) dai soggetti che hanno finanziato la costruzione dell'edificio e che ne mantengono ovviamente la proprietà (15).

2.4. Un terzo gestore? Dalla proprietà al management

L'aspetto delle modalità di esercizio della gestione è fondamentale per rafforzare un assetto istituzionale finalizzato a garantire condizioni operative il più possibile svincolate da impedimenti burocratici, pur in un quadro di coerenze regionali e locali che orientino il NOP alle finalità proprie. In questo senso, se la progettazione del NOP da un punto di vista logistico-architettonico ed il suo inserimento in una rete sanitaria cittadina capace di svolgere effettivamente il ruolo di filtro a valle ed appoggio a monte rappresentano il substrato necessario per lo sviluppo di una corretta gestione dell'ospedale, senza un *management* complessivo all'altezza i risultati potrebbero essere inferiori alle aspettative.

L'occasione che si pone con il NOP è quella di avviare una sperimentazione gestionale del NOP che rappresenti una frattura rispetto alle logiche storiche. Questo potrebbe concretizzarsi, indipendentemente dall'assetto istituzionale prescelto, nell'*outsourcing* della gestione dell'ospedale ad un soggetto terzo che operi secondo regole di diritto privato nell'ambito di una società privata, mista o di una fondazione a cui potrebbero partecipare di certo la Regione, il/i Comune/i di riferimento e lo stesso soggetto gestore.

Questo soggetto gestore dovrebbe muoversi, come vedremo meglio nelle prossime sezioni, in due direzioni:

— garantire il funzionamento routinario della struttura identificando il *top management*, la *line* amministrativa (acquisti, personale, magazzini, ecc.) e lo *staff* gestionale della struttura (incaricato di curare le funzioni di programmazione e controllo, gestione risorse umane, sistemi informativi, qualità, sviluppo organizzativo, ecc.);

— identificare soluzioni organizzative «moderne» e coerenti con l'operatività dell'ospedale (blocchi di degenza con posti letto funzionali assegnati in base alla produttività alle *équipe* mediche, introduzione di gruppi di lavoro multidisciplinari e multi-professionali per una gestione per processi, spazi ambulatoriali e di degenza breve con responsabili della loro allocazione ottimale e pieno utilizzo, gestione operativa flessibile di un *pool* di risorse che garantiscano le situazioni critiche di sovra-sotto dotazione temporanea di risorse, responsabilizzazione congiunta su produttività clinica e scientifica, sui consumi di risorse, ecc.). In altre parole, soluzioni che superino l'attuale concetto di primario o direttore di U.o. basato sulla struttura gerarchica di governo su locali, letti, laboratori, aule, assistenti, infermieri, ecc. Le esigenze del malato dovranno essere risolte attraverso la individuazione

di «problemi clinici selezionati» che vengono studiati da Gruppi di lavoro orizzontali rispetto ai dipartimenti ed alle Uu.oo. e perciò misti, con precise linee comportamentali preventivamente concordate e discusse «a priori» e verificate «a posteriori». Gruppi di lavoro responsabili anche della ricerca applicata e della produzione scientifica. Il primario/direttore non è il responsabile del funzionamento della struttura, ma delle patologie specialistiche che in esse vengono curate dalla sua *équipe* professionale.

2.5. Quindi, cosa scegliere ...

Rispetto alle diverse opzioni tracciate in questa sezione, non è possibile dare a priori una indicazione certa sulla scelta preferibile per il NOP. Per trovare l'assetto istituzionale e di governo più coerente occorre analizzare i fabbisogni e le aspettative del contesto istituzionale e politico in cui il NOP si inserisce, i quali dovranno essere coniugati con i fabbisogni organizzativi e gestionali del NOP. Infatti, le diverse soluzioni giuridico-istituzionali hanno un differente impatto rispetto alla opportunità che creano per:

— favorire la flessibilità nell'acquisizione ed utilizzo delle risorse materiali ed immateriali, patrimoniali e finanziarie;

— generare l'imprenditorialità interna (del dirigente) ed attirare quella sociale (nei confronti del mondo delle imprese e della società civile in generale — si pensi appunto al *fund-raising*);

— favorire le *partnership* con altri soggetti pubblici e privati.

Operativamente, una indicazione più precisa potrà emergere da un tavolo/gruppo di lavoro costituito appositamente con i rappresentanti dei diversi soggetti/enti potenzialmente interessati al NOP.

3. Il profilo organizzativo e logistico del NOP

Il NOP dovrebbe comprendere:

1) il Dipartimento (Dipartimento) emergenza-accettazione sanitaria (DEA);

2) il Dipartimento medico-chirurgico generale;

3) i Dipartimenti di specialità (nuclei di diagnosi e cura specialistici);

4) i servizi clinici;

5) un assetto logistico con gestione e responsabilità differenziate da quelle cliniche.

La scelta delle professionalità che dovrebbero essere presenti nel NOP si basa su tre elementi:

1) una ricognizione delle professionalità da valorizzare presenti nell'ospedale pubblico che viene sostituito;

2) la considerazione dell'esistenza di altre strutture di alta specialità presenti nel contesto in cui si inserisce il NOP;

3) la volontà di integrare le professionalità a disposizione con quelle assenti, ma necessarie per completare l'offerta sanitaria di alta specialità nel contesto ospedaliero di riferimento del NOP.

3.1. Il Dipartimento di emergenza sanitaria

Il DEA si avvale di una *équipe* strutturata di medicina e chirurgia d'urgenza ed ha una propria dotazione di posti letto e di personale sufficienti ad affrontare il carico di lavoro posto da un'emergenza qualificata, ma non iperspecialistica. È un ospedale nell'ospedale. Il DEA accetta l'urgenza, la seleziona e la indirizza rapidamente in funzione dei problemi:

a) *al territorio* (domicilio paziente, medico curante, dimora protetta, ecc.);

b) alle specialità di competenza che ne attua il percorso intraospedaliero nei tempi, modi, costi e qualità indicati dai relativi percorsi di cura;

c) al Dipartimento medico-chirurgico generale se non è emersa dalle prime indagini il profilo di percorso o se il caso riguarda una patologia complessa multiorgano.

È assolutamente necessario che per un corretto funzionamento dei rapporti tra DEA ed altre Uu.oo. e Dipartimenti specialistici siano esplicitati a priori:

— la missione complessiva del NOP;

— la missione di ogni Dipartimento specialistico;

— a quali gruppi di studio/lavoro (appartenenti a dipartimenti diversi) sono affidati i singoli problemi selezionati (es. pancreatite acuta, emorroidi, insufficienza epatica, insufficienza respiratoria, insufficienza coronarica, ecc.) affinché non vi siano doppioni nell'ambito dello stesso ospedale e perciò ogni gruppo di studio possa creare qual circolo virtuoso di conoscenze che ogni anno migliora l'efficacia delle cure.

Nonostante il «gruppo di studio» faccia capo ad un certo dipartimento, esso è quasi sempre interdipartimentale perché comprende un percorso che richiede competenze diverse. Del *network* dei rapporti tra i diversi dipartimenti si parla successivamente nel quarto paragrafo.

3.2. Il Dipartimento medico-chirurgico generale

Definita la propria «mission», accetta malati di «elezione» direttamente dall'interno o di «urgenza» dal DEA, purché caratterizzati dalla complessità multiorgano della loro malattia oppure dalla impossibilità da parte del DEA di definire in breve tempo la loro appartenenza ad una

specifica patologia d'organo. Questa situazione richiede ovviamente esami generali e specialistici da svolgersi in un più lungo periodo osservazionale durante il quale i medici di questo dipartimento possono servirsi delle competenze specialistiche presenti nell'ospedale.

3.3. I Dipartimenti di specialità (Nuclei di diagnosi e cura specialistici - NDC)

Partendo da questi presupposti, nel NOP dovrebbero operare i seguenti Nuclei di diagnosi e cura specialistici (NDC - tabella 1) come Dipartimenti

Tabella 1 (*)

Nuclei di diagnosi e cura specialistici (dipartimenti)	Specialità raggruppate (Uu.oo.)
Neuroscienze - <i>Brain Park</i>	Neurologia medica Psichiatria Neurochirurgia
Cuore e vasi	Cardiologia Cardiochirurgia Chirurgia vascolare
Apparato respiratorio	Pneumologia Toraco-chirurgia
Apparato digerente	Gastroenterologia Chirurgia del tubo digerente, fegato e pancreas
Apparato uro-genitale	Nefrologia Chirurgia urologia
Oncoematologia	Oncoematologia ed ematologia Trapianti di midollo
Endocrinologia	Endocrinologia Endocrinochirurgia Diabetologia
Reumatologia e patologia dell'osso	Reumatologia e patologia dell'osso
Testa e collo	Otorinolaringoiatria Chirurgia maxillo-facciale
Pelle	Dermatologia Dermochirurgia

(*) Non sono state considerate le specialità pediatriche e materno-infantili che potrebbero tuttavia confluire nel NOP nel caso in cui non esista nel suo territorio di riferimento un ospedale con tali vocazioni specialistiche.

medico-chirurgici di alta specialità che comprendono nel loro ambito servizi di eccellenza focalizzati (es. trapianti, servizi chirurgici e medici focalizzati, quali la chirurgia ano-rettale, la chirurgia della mano, ecc.).

I Nuclei di diagnosi e cura specialistici sono unità organizzative composte da personale medico e personale infermieristico altamente specializzato. Come si vedrà nel prosieguo del documento, si organizzano strutturalmente per gruppi di lavoro multidisciplinari stabili *inter-nucleo* e funzionalmente per gruppi di lavoro *inter-nuclei*. I referenti di specialità, insieme al responsabile di nucleo, assumono compiti di indirizzo e programmazione operativa e strategica delle attività complessive, di sviluppo della formazione del personale e della attività di ricerca e didattica, di contrattazione delle risorse infra-strutturali ed assistenziali a disposizione del nucleo. Come si spiegherà meglio nel prossimo paragrafo, il nucleo contratta anno per anno, in funzione dei volumi di attività pregressi ed attesi, l'utilizzo dei reparti di degenza, degli spazi ambulatoriali e di DS/DH, nonché del relativo personale assistenziale che supervisiona tali spazi.

I nuclei sviluppano ed assicurano le attività di trapianto del cuore, polmone, fegato, rene e midollo.

I nuclei assicurano altresì attività di Pronto soccorso di II livello, attraverso uno stretto coordinamento con il DEA che avvia loro i casi specialistici urgenti.

Questi nuclei rappresentano la parte polispecialistica del NOP.

3.4. I Servizi clinici

Accanto ai NDC si collocano i Servizi clinici che lavorano prevalentemente per l'interno del NOP, sebbene possano avere attività rivolte anche all'utenza esterna.

Questi sono:

- l'*imaging*;
- il laboratorio;
- la medicina nucleare;
- la nutrizione clinica;
- l'anatomia patologica;
- la farmacia;
- la banca del sangue;
- la fisica sanitaria.

3.5. L'assetto logistico

Tre punti caratterizzano la struttura logistica «desiderata» e funzionale relativa alle esigenze poste dal disegno organizzativo sottostante l'idea del Nucleo di diagnosi e cura specialistico:

- a) spazi di degenza e di attività il più possibile «indistinti» per vocazione e caratterizzati per diversa intensità assistenziale;
- b) specifica attenzione ai percorsi interni ed esterni alla struttura;
- c) predisposizione di spazi dedicati alle attività collaterali alla pratica clinica.

A) Spazi di degenza e di attività il più possibile «indistinti» per vocazione e caratterizzati per diversa intensità assistenziale

In linea generale, gli spazi di degenza saranno occupati dalle singole specialità in funzione della richiesta di assistenza proveniente dal pronto soccorso e dall'ordinaria accettazione programmata. La riduzione delle procedure chirurgiche assistite da degenza ordinaria ed il trasferimento della casistica verso forme diurne ed ambulatoriali richiedono una minore disponibilità di spazi, ma esigono una forte flessibilità degli spazi di degenza ordinaria utilizzati in comune, che determina carichi variabili con periodicità settimanale sopportabili solo in presenza di una organizzazione flessibile. Oltre alle degenze unificate, sa-

ranno unificate tutte le attività di *day-hospital* e *day-surgery*, con programmazione dell'accesso che consenta il massimo utilizzo delle strutture, nonché tutte le attività ambulatoriali, organizzate in macrosettori che garantiscano un uso razionale e flessibile delle risorse (16). Le aree e gli spazi di degenza dovranno e/o potranno essere modulati per intensità e tipologia assistenziale, differenziando ad esempio:

— per intensità tra la terapia intensiva e semi-intensiva, il ricovero acuto, il ricovero post-acuzia, il ricovero del *week-end*, il ricovero giornaliero, i posti tecnici (dialisi ed osservazione a breve di pronto soccorso);

— per tipologia tra letti della stessa area di intensità dedicati alla cura di malati con problemi motori, psicologici, nutrizionali, ecc.

Indicativamente, ma nello specifico, il NOP dovrà prevedere:

— spazi di degenza con organizzazione planimetrica a corpo quintuplo ed articolati in blocchi di 30-40 posti letto con camere singole e doppie (in prevalenza doppie). Ciascun blocco di posti letto dovrebbe avere sui lati le camere (17) ed al centro del corridoio la postazione infermieristica e le eventuali sale visite ed altre sale di servizio necessarie. Dovranno essere previsti per ogni blocco quattro studi medici, un *open space* (modulabile con scrivanie ed armadi) per i restanti medici, una sala riunioni-biblioteca, una sala svago per i degenti ed una sala pranzo comune. I blocchi e le singole camere saranno poi assegnati anno per anno (o semestre per semestre) ai diversi NDC. Per gli aspetti di gestione ordinaria sono governati dalla responsabile dei servizi assistenziali del blocco (l'attuale caposala);

— un blocco di posti letto sarà dedicato alla terapia intensiva (con alcuni posti letto dedicati all'attività di emergenza), un secondo blocco sarà dedicato all'attività di emergenza (anche

per uso come astanteria) (18), un terzo blocco all'attività di *day-surgery*, altri due blocchi a quella di *day-hospital*, uno o più blocchi potranno essere dedicati alla riabilitazione, all'area a pagamento ed alla libera professione intra-muraria;

— uno o più blocchi operatori centralizzati ed integrati, per facilitare i percorsi di accesso ed uscita, nonché le strutture di servizio. Tutti i blocchi degenza dovrebbero avere accesso diretto al proprio blocco operatorio (19);

— un blocco di ambulatori (in parte per pazienti Ssr, in parte per solventi), assegnati anno per anno (o semestre per semestre) ai diversi NDC, anch'esso centralizzato e separato dai blocchi di degenza per favorire percorsi separati tra utenti esterni e degenti interni;

— spazi per i servizi (radiodiagnostica, anatomia patologica, banca del sangue, farmacia, laboratorio, ecc.);

— spazi per la didattica e l'aggiornamento professionale, e studi medici separati dalle aree di degenza e costituiti per lo più da *open space* modulabili atti a favorire lo scambio ed il confronto interdisciplinare.

B. Specifica attenzione ai percorsi interni ed esterni alla struttura

Particolare attenzione dovrà essere data nel NOP alle esigenze e soluzioni di accessibilità alle varie componenti della struttura ed ai percorsi interni degli utenti, del personale, del materiale nel rispetto delle diverse necessità di natura igienistica e di sicurezza.

In questo senso, alcuni fondamentali accorgimenti dovranno prevedere:

— accoglienza generale centralizzata dell'utenza, in ampio ambiente dotato di tutti i servizi più diffusamente utili e conformata in modo tale da favorire la separazione dei percorsi successivi tra i pazienti accettati per la degenza ed i pazienti che fruiscono

delle attività ambulatoriali e di ospitalità diurna (presumibilmente la maggioranza);

— netta separazione tra i pazienti ricoverati e quelli ambulatoriali e di *day-surgery* o *day-hospital*, con la conseguente doppia accessibilità distinta dell'area ambulatoriale e dei ricoveri giornalieri;

— collegamenti facilitati e diretti tra le sedi della degenza e quelle del complesso/blocco operatorio, della terapia intensiva e dell'*imaging* (si veda la matrice seguente in tabella 2);

— progettazione specifica dei flussi dei carrelli mensa, dei rifiuti, della lavanderia, ecc.;

— accesso speciale per le autoambulanze;

— triplice e distinta accessibilità generale della rete viaria, una per le forniture e le attività dei servizi generali di supporto, l'altra per i pazienti ed i visitatori, la terza per il personale;

— parcheggi riservati agli autoveicoli del personale, anche a due ruote, in misura e collocazioni adeguate;

— parcheggi riservati ai visitatori, anch'essi in misura e collocazioni adeguate;

C) Predisposizione di spazi dedicati alle attività collaterali alla pratica clinica

A completamento del NOP bisogna prevedere anche:

— un'area di studi/sale visita che a rotazione possono usare i medici per la libera professione;

— l'elisuperficie per l'eli-soccorso;

— gli spazi per l'area amministrativa e direzionale della struttura;

— la biblioteca (classica ed informatica);

— aule per la didattica;

— una sala per conferenze (aula magna);

— spazi di accoglienza (sale attesa, telefoni, asilo per bambini, ecc.);

— l'area commerciale (banca, bar, ristorante, negozi);

— la foresteria/albergo per ospitare parenti dei degenti di lontana provenienza e visitatori esterni per periodi anche lunghi (ricercatori, studiosi e medici in trasferta, ecc.);

— spazi verdi e spazi relax separati per i visitatori, i degenti ed il personale;

— spazi ed aree attrezzate per i servizi generali, quali i punti di prenotazione, il centralino, la centrale di sterilizzazione e disinfezione, lo stoccaggio e smaltimento rifiuti, la mensa aziendale, gli spogliatoi (centralizzati, pur con una opportuna articolazione in moduli di medie dimensioni), la cucina, i locali di servizio per la manutenzione, la morgue, il guardaroba e la lavanderia, gli archivi, ecc.

Occorre precisare che gli spazi di servizio vanno dimensionati tenendo conto di un'impostazione progettuale che consideri auspicabile affidare ad uno (in ipotesi di *global service*) o più concessionari la gestione dei servizi generali quali la ristorazione, la gestione del guardaroba, la pulizia e sanificazione, la gestione calore ed energia, la conduzione e manutenzione di tutte le tecnologie sanitarie e non, la gestione rifiuti, la sicurezza, l'accoglienza, ecc.

3.6. L'edificio «intelligente»

Un aspetto fondamentale dell'edificio del NOP è che si caratterizzi per un'impostazione «intelligente», che significa:

— adottare sistemi di costruzione che consentano il montaggio, lo smontaggio, lo spostamento, l'aggiunta di nuovi elementi attraverso lavorazioni a secco, non polverose, non rumorose, ecc.;

— prevedere la possibilità di avere interventi di manutenzione sugli impianti che non richiedano di agire dal-

l'interno della camera di degenza (sulla falsariga di quanto avviene oggi ad esempio sulla cabine delle navi da crociera, che hanno intercapedini che danno sul corridoi dalle quali si può agire su tutti gli impianti). Tutte le reti impiantistiche devono corrispondere in ogni tratto ai seguenti criteri di manutenibilità:

- 1) immediata identificazione dell'impianto;
- 2) facilità di accesso per semplice smontaggio delle componenti edilizie di contenimento;
- 3) esecuzione delle operazioni di manutenzione in condizioni di sicurezza;
- 4) economicità delle operazioni di manutenzione.

In particolare i quadri elettrici devono essere facilmente accessibili, e quelli collocati in zone critiche (sale chirurgiche, UTIC, rianimazione, ecc.) non devono essere collocati nelle zone sterili e devono essere dotati di dispositivi tali da garantire comunque la continuità dell'utenza elettrica;

— prevedere un cablaggio di tipo strutturale in fibra ottica come dorsale di comunicazione su cui attestare i cablaggi di struttura per supportare le reti telematiche;

— caratterizzare la struttura di flessibilità spaziale e funzionale per facilitare l'adeguamento ai continui progressi scientifici e tecnici ed alle conseguenti evoluzioni funzionali, nonché all'evoluzione dei bisogni sanitari;

questo significa da un lato prevedere la possibilità di far «crescere» l'edificio senza intralciare l'attività già in atto, dall'altro lato prevedere elementi mobili e modulabili per le pareti e le suddivisioni interne (punto questo fondamentale con riferimento agli spazi dedicati all'area amministrativa e direzionali, agli spazi commerciali, agli ambulatori ed agli studi dei medici) (20);

— costruire un edificio dotato di controlli centrali e periferici degli impianti e delle sicurezze, con soluzioni che facilitino la manutenzione e le pulizie interne ed esterne, con accorgimenti per il risparmio energetico;

— applicare estesamente le risorse informatiche e telematiche per fini sanitari, amministrativi e gestionali con

Tabella 2 - Matrice della criticità dei percorsi fra le aree sanitarie

Verso Da	DEA	Blocchi operatori	Reparti di degenza	Reparti ad alta intensità di cura	Aree di riabilitazione intensiva	Endoscopia	Centrale sterilizzazione	Diagn. immag. anche interv.	Diagnostica di laboratorio	Centro trasfusionale	Area ambulatoriale
DEA		Alta criticità < 5'	Alta criticità < 10'	Alta criticità < 5'	Non critico	Alta criticità < 5'	Alta criticità < 5'	Alta criticità < 5'	Alta criticità < 5'	Alta criticità < 5'	Alta criticità < 5'
Blocchi operatori	Alta criticità < 10'		Non critico	Alta criticità < 5'	Non critico	Alta criticità < 5'	Alta criticità < 5'	Alta criticità < 5'	Alta criticità < 5'	Alta criticità < 5'	Non critico
Reparti di degenza	Alta criticità < 10'	Alta criticità < 5'		Alta criticità < 5'	Criticità intermedia	Alta criticità < 5'	Criticità intermedia	Alta criticità < 5'	Alta criticità < 5'	Alta criticità < 5'	Alta criticità < 10'
Reparti ad alta intensità di cura	Alta criticità < 10'	Alta criticità < 5'	Criticità intermedia		Non critico	Alta criticità < 5'	Alta criticità < 5'	Alta criticità < 5'	Alta criticità < 5'	Alta criticità < 5'	Non critico
Aree di riabilitazione intensiva	Alta criticità < 10'	Alta criticità < 5'	Criticità intermedia	Alta criticità < 5'		Alta criticità < 5'	Non critico	Alta criticità < 5'	Alta criticità < 5'	Alta criticità < 5'	Alta criticità < 10'
Endoscopia	Alta criticità < 5'	Alta criticità < 5'	Criticità intermedia	Alta criticità < 5'	Non critico		Alta criticità < 5'	Alta criticità < 5'	Alta criticità < 5'	Alta criticità < 5'	Non critico
Centrale sterilizzazione	Alta criticità < 5'	Alta criticità < 5'	Alta criticità < 10'	Alta criticità < 5'	Non critico	Alta criticità < 5'		Alta criticità < 5'	Non critico	Non critico	Criticità intermedia
Diagnostica per immagini anche interventistica	Alta criticità < 5'	Alta criticità < 5'	Alta criticità < 10'	Alta criticità < 5'	Alta criticità < 10'	Alta criticità < 5'	Alta criticità < 10'		Criticità intermedia	Alta criticità < 5'	Criticità intermedia
Diagnostica di laboratorio	Criticità intermedia	Criticità intermedia	Criticità intermedia	Criticità intermedia	Non critico	Criticità intermedia	Criticità intermedia	Non critico		Alta criticità < 10'	Non critico
Centro trasfusionale	Alta criticità < 5'	Alta criticità < 5'	Alta criticità < 5'	Alta criticità < 5'	Criticità intermedia	Alta criticità < 5'	Non critico	Alta criticità < 5'	Alta criticità < 10'		Non critico
Area ambulatoriale	Alta criticità < 5'	Criticità intermedia	Criticità intermedia	Criticità intermedia	Non critico	Criticità intermedia	Criticità intermedia	Alta criticità < 10'	Alta criticità < 10'	Alta criticità < 5'	

Fonte: linee guida per la progettazione dei nuovi ospedali della Apuane, di Lucca, Pistoia e Prato.

la più ampia interconnessione, nel massimo rispetto della riservatezza e protezione dei dati sensibili individuali (inclusa un'integrazione funzionale ed operativa con il sistema dell'assistenza territoriale — distretti, ospedali di comunità, Mmg, ecc. —);

— automatizzare la distribuzione interna e la gestione dei magazzini;

— destinare alla ricerca scientifica e medica speciali sedi centralizzate, distinte ma vicine alle sedi cliniche, per svolgervi le attività più tecnologiche e sperimentali precliniche in condizioni di protezione e sicurezza, di adeguatezza degli impianti e strumenti, di adattabilità degli ambienti e di controllabilità delle frequentazioni;

— favorire l'attività di consultazione e consulenza interdisciplinare, l'aggiornamento professionale, le attività seminariali, congressuali e divulgative mediante la disponibilità di appositi ambienti e dotazioni dipartimentali o d'istituto, come una grande sala multimediale ed una moderna biblioteca scientifica ampiamente collegata con le fonti documentali.

3.7. Una ipotesi di dimensionamento ed attrezzatura

Per definire il dimensionamento del NOP, un metodo operativo di lavoro

può prendere in considerazione i Drgs con peso superiore a 0,9 prodotti dall'ospedale esistente che si va a sostituire, da cui calcolare gli equivalenti posti letto teorici in ipotesi di occupazione minima dell'85% (tabella 3) (21).

Nel caso dell'ospedale presentato in tabella 3, tali posti letto, per ricovero ordinario e giornaliero, corrispondono a 1.136.

Considerando recuperi di efficienza ed appropriatezza nell'ordine del 10%, e la maggiore produttività data dai posti letto condivisi, sulla base delle indicazioni avanzate nei precedenti paragrafi (22), si potrebbe quindi ipotizzare indicativamente un dimensionamento complessivo del NOP così disposto:

— 800 posti letto di ricovero ordinario per acuti, distinti in 20 blocchi da 40 posti letto; uno o più blocchi potrebbero poi essere dedicati all'emergenza, in base ai dati storici di accesso dell'urgenza, ai solventi od alla libera professione (secondo la vigente legislazione);

— 120-150 posti letto di ricovero breve (10-15% dei posti complessivi) (23), di cui un blocco di 40 PI per la *day-surgery*, e due blocchi per 80 PI complessivi per il *day-hospital*;

— un blocco di 40 PI interamente dedicato alla terapia intensiva;

— due blocchi di 20 PI tecnici (dialisi e osservazione di pronto soccorso);

— un numero di ambulatori compreso tra 100 e 150 (comunque modulabili).

In totale, partendo quindi dai dati storici di produzione presentati nella tabella 3, nel NOP dovrebbero trovare collocazione quindi circa 1000 posti letto. Si richiama l'attenzione sul fatto che si tratta di una dimensione limite, superiore a quella dei 700-800 posti letto ipotizzata in apertura del presente lavoro come ottimale per consentire una gestione efficiente ed efficace.

Saranno poi le esigenze di gestione a determinare se si renda necessario utilizzare parte dei letti previsti per il ricovero ordinario come letti di *day-surgery* o *day-hospital* e se i letti di un blocco degenziale di ricovero ordinario debbano essere distinti ai fini assistenziali in letti di «high care» o «low care» ed ai fini della programmazione in letti «weekly» (ricovero settimanale) o «mid-weekly» (ricovero da due/tre giorni) o da *week-end* (ricovero da fine settimana).

Per quanto riguarda il blocco operativo, si può ipotizzare indicativamente:

Tabella 3 - Esempio di calcolo posti letto teorici in ipotesi di occupazione minima dell'85% per un ospedale di grandi dimensioni. Dati di produzione del 1° semestre 2002

Classe Drg	N. casi	% sul totale casi	Somma di peso Drg	% sul totale dei punti Drg	Giornate degenza totali	Degenza media	Giorni effettivi	PI teorici
Trapianti	218	1,7	4.068	11,6	4.810	22,1	181	31
Interventi di cardiocirurgia	428	2,3	2.673	7,6	7.701	18,0	181	50
Drgs con peso > 2	3.504	18,5	11.879	34,0	58.979	16,8	181	380
Drgs con peso > 0,9 e < 2	9.639	52,0	12.916	37,0	104.183	10,8	181	675
Drgs con peso < 0,9	4.739	25,5	3.417	9,8	29.795	6,3	181	
Totale	18.528	100,0	34.954	100,0	205.468	11,1		1.136

— 25-30 sale di 30-35 mq per un' *équipe* al massimo di 5 persone (di cui 6 sale dedicate alla *day-surgery*);

— 8-10 sale di 35-40 mq per un' *équipe* di più di 5 persone;

— 6-8 sale di 40-35 mq per gli interventi di altissima specialità (trapianti, cardiocirurgia e neurochirurgia, ecc.);

— 4-6 sale di radiologia interventistica.

Sempre nell'ambito del dimensionamento degli spazi, occorre certamente tenere in conto dell'eventuale impatto della didattica nel caso in cui il NOP sia anche sede dell'Università. Almeno due sale di ogni tipo dovrebbe essere costruite con finalità di insegnamento e dimostrative, permettendo l'osservazione dall'esterno dell'intervento, possibilmente con anche supporti multimediali per la registrazione e messa in onda dell'intervento in una saletta *relax* attigua.

Come già detto, è opportuno che in tutto l'edificio si prevedano soluzioni flessibili e modulabili, predisponendo appositi «polmoni» planimetrici ed accorgimenti costruttivi che consentano l'aggiunta o riconversione delle sale operatorie o di altri spazi non adibiti a sala precedentemente, la trasformazione di camere in studi e viceversa, ecc.

Infine, per quanto riguarda la tecnologia, senza pretesa di esaustività, i «grandi» macchinari che dovrebbero essere presenti (anche in numero maggiore della singola unità) nel NOP alla luce delle specialità in esso operanti sono:

- angiografo;
- contatore gamma;
- densitometro osseo;
- gammacamera;
- risonanza magnetico nucleare;
- tomografo assiale computerizzato alto livello;
- acceleratore lineare;
- TC PET;

— litotritore + generatore d'onde d'urto;

— multifunzionale e diagnostico RX.

A queste si aggiungeranno le numerose e diverse tecnologie «minori», comunque fondamentali, nonché le attrezzature speciali (frigoriferi, lampade, ecc.).

Questi strumenti possono e dovranno essere acquisiti con formule di *leasing*, comodato d'uso, *service*, ecc., presso produttori che ne garantiscano manutenzione e rinnovo costanti con modelli aggiornati.

4. Il profilo gestionale del NOP

4.1. Attorno al paziente

Il vero elemento distintivo del NOP rispetto agli attuali ospedali italiani sarà rappresentato dalla sua organizzazione costruita attorno al bisogno del paziente e funzionale alla maggiore integrazione possibile di tipo multidisciplinare e multiprofessionale.

Infatti, come si è già detto nel precedente punto 3, l'ospedale sarà organizzato in strutture di servizio «verticali» (blocchi degenza, terapia intensiva, urgenza, blocco ambulatori, ecc.) modulate sull'intensità di cura, all'interno delle quali si svolgeranno i percorsi di cura presi in carico da gruppi di studio multidisciplinari e multiprofessionali (figura 1) che vengono creati nei Nuclei di diagnosi e cura eccellenti (NDC) e da quelli di emergenza, urgenza e medico-chirurgici generali (EUMCG).

Le strutture di servizio sono dirette da un responsabile gestionale che ne assicura l'utilizzo alla massima produttività. Il responsabile del gruppo di studio è invece responsabile dei diversi percorsi di cura di competenza del gruppo, i cui obiettivi sono:

— l'assistenza diretta alla patologia (24);

— la definizione delle linee-guida diagnostico-terapeutiche sulla base della concreta esperienza e dei riferimenti scientifici di EBM;

— le valutazioni dell'efficacia di nuove tecnologie e procedimenti, attraverso l'organizzazione di trial clinici controllati per il miglioramento continuo dell'assistenza;

— la valutazione della qualità obiettiva delle cure;

— la valutazione della soddisfazione del paziente (qualità percepita);

— le valutazioni di costo delle cure.

Pertanto, il gruppo di studio è diretto da uno specialista (che appartiene ovviamente ad un Nucleo di diagnosi e cura eccellente e con il quale definisce i propri obiettivi di attività e di consumo) del problema di patologia, responsabile a tutti gli effetti del malato a lui affidato, ed è costituito da specialisti di diversa estrazione (radiologi, laboratoristi, specialisti di altri organi, ecc.) interessati al problema.

Il gruppo deve esplicitare a priori l'obiettivo, la metodologia impiegata per produrre il percorso, il *budget* richiesto ed a posteriori verificare la qualità dell'obiettivo raggiunto, la scelta del miglior percorso attraverso i risultati del *trial* e lo scostamento dal «budget».

La scelta della tipologia di intervento (diagnosi, cura, didattica, ricerca di base, ricerca applicata, ecc.) può essere varia purché siano sempre chiari ed espliciti gli obiettivi, le metodologie, il *budget* e le variabili di verifica.

È importante che i gruppi di studio istituiti nel NDC lavorino orizzontalmente attraverso le strutture di degenza e con quelle di altri NDC attraverso uno schema che vede l'integrazione multidisciplinare centrale (figura 2).

Così, ad esempio, nel NDC di anatomia patologica un istologo esperto di patologia del fegato e nel NDC dell'apparato digerente un medico esperto di patologia polmonare del cirrotico

devono far parte del gruppo di lavoro che si interessa alla «ascite intrattabile» od al «trapianto di fegato».

Il *network* dei reciproci rapporti tra NDC potenzia l'esperienza dei singoli operatori e lo studio di coorti omogenee di malati attraverso i gruppi di studio presenta i vantaggi di fornire il percorso più idoneo (in termini di efficacia e costo/beneficio) a risolvere il problema.

Per quanto riguarda il Dipartimento medico-chirurgico generale, che come detto riceve pazienti dall'esterno prenotati per problemi multiorgano complessi o pazienti dal DEA per patologie non disponibili a priori o comunque per patologie multiorgano complesse, è più difficile prevedere percorsi per problemi selezionati.

Questo dipartimento invece, qualora si ponga al centro della rosa della figura 2, potrebbe usufruire di tutto il *network* costituito dalle specialità (rappresentate in questo caso dai petali della rosa!).

4.2. Il Percorso di cura

Il Percorso di cura (Pdc) è uno strumento gestionale basato sull'assunto secondo cui, per consentire ai dirigenti medici di attivare le azioni necessarie per governare i risultati sanitari e gestionali di cui sono responsabili, occorre rendere loro disponibile una tipologia d'informazione, tendenzialmente di carattere non monetario, che evidenzi il percorso compiuto dai pazienti e le singole attività utilizzate: solo in tal modo è possibile analizzare e controllare i processi sanitari, allo scopo di risolvere gli specifici problemi di salute che ciascuno di essi presenta e, quindi, di attivare le azioni ritenute più idonee per garantirne il miglioramento futuro.

Il Pdc può essere definito come l'*iter* complessivo che il paziente segue per risolvere il suo problema di salute,

dal momento in cui viene a contatto con la struttura ospedaliera, più specificamente *iter* clinico ed organizzativo definito, in ottica *contingency*, dalla sequenza temporale e spaziale delle attività ritenute necessarie per risolvere il problema di salute sulla base del-

le conoscenze tecnico-scientifiche e delle risorse professionali a disposizione dell'ospedale in un certo periodo storico». Esso descrive quindi il percorso organizzativo e clinico di interventi (cioè di attività) necessari per fornire assistenza ad un gruppo di pa-

Figura 1

**ASSETTO STRUTTURALE
ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO**

Coordinatori di Servizio

PERCORSO DI CURA	Ambul.	DAY Service	DAY Hospital	Ricovero Breve	Ricovero Usuale	Terapia Semi Intensiva
A →	•	•			•	
B →			•			
C →		•		•		
D →	•				•	
E →			•			•

Coordinatori di Percorso

Figura 2



zienti con una specifica diagnosi o un determinato insieme di sintomi, ad un precisato livello di qualità (25).

In questa prospettiva, il percorso di cura:

— si riferisce esplicitamente a dove, quando e come formulare tempestivamente la diagnosi, eseguire propriamente le specifiche azioni terapeutiche e gestire una patologia nella struttura;

— concentra l'attenzione sulle attività come oggetto fondamentale della gestione, al fine di ottenere un maggior controllo sull'origine dei costi (ad esempio riducendo la variabilità nel consumo di risorse per il trattamento della medesima patologia) e per migliorare gli aspetti qualitativi percepiti come rilevanti dal paziente (ad esempio una tempestiva comunicazione sui contenuti del suo trattamento clinico).

In questo senso, quindi, i percorsi sono:

— uno strumento di misurazione del risultato della gestione delle organizzazioni sanitarie che tende ad integrare quelli attualmente in essere ed esclusivamente basati su variabili di carattere economico (costi e ricavi). Proprio al fine di evitare che le variabili economiche condizionino fortemente od esclusivamente l'azione sanitaria risulta vincente un approccio che, basandosi sul confronto, espliciti le modalità di gestione dei processi ed il risultato sanitario degli stessi;

— una grande opportunità per determinare il costo speciale di produzione per patologia, al fine di rendere l'eventuale responsabilità economica del medico sostenibile ed orientata alle dimensioni più significative poiché controllabili;

— uno strumento a valenza prevalentemente organizzativo-gestionale, che aiuta ad affrontare i problemi e le inefficienze relative alla quota rilevante di variabilità con la quale vengono gestiti pazienti con caratteristi-

che simili. Variabilità che deriva spesso da problematiche legate all'organizzazione, quali la logistica della struttura, le modalità di comunicazione tra settori diversi dell'organizzazione, il coordinamento sulle consulenze e sugli esami diagnostici, ecc.;

— uno strumento di autovalutazione, che comunica all'esterno un'immagine di attenzione dell'azienda alla qualità della propria attività e autocertificazione del suo buon funzionamento: un progetto di studio dei piani di cura può trasformarsi in un'occasione per costruire una campagna di comunicazione con il pubblico, mirata a evidenziare lo sforzo organizzativo di miglioramento intrapreso ed a riposizionare l'immagine stessa dell'azienda;

— permette attraverso lo studio di coorti omogenee di pazienti reclutati secondo schemi prefissati lo studio di un problema clinico definito oggetto successivo di pubblicazione e di didattica.

Con riferimento all'impatto dello studio dei percorsi sulle dinamiche di costo delle strutture ospedaliere, è bene sottolineare come le sfide che le aziende sanitarie si trovano a fronteggiare sul lato del contenimento dei costi, del miglioramento della qualità e dell'aumento dell'integrazione richiedono proprio una partecipazione attiva nella gestione dei processi organizzativi, cioè l'analisi di quel *black box* che rappresenta l'azienda sanitaria, fino ad ora governata dal razionamento delle risorse e dal controllo sugli *output* e senza reale conoscenza dei processi di trasformazione da cui dipende invece l'assorbimento delle risorse e la qualità del servizio. Per una gestione moderna della sanità ospedaliera è invece fondamentale recuperare la conoscenza di quanto avviene durante i processi di trasformazione, in un'ottica complementare al controllo tipico degli anni '80 sul razionamento

degli *input* e quello degli anni '90 sui risultati prodotti e sulla efficienza per U.o., attuato tramite il *budget* e controllo di gestione per centro di costo. Solo lo sviluppo di metodologie orientate allo studio dei processi ed alla loro scomposizione in «attività» può infatti permettere di evidenziare il come e perché sono state impiegate determinate risorse (figura 3).

4.3. L'organizzazione orizzontale

L'attenzione ai processi organizzativi e produttivi richiede una visione e gestione dell'ospedale non più solo verticale, come insieme di unità operative/centri di responsabilità, ma anche e soprattutto orizzontale, come un insieme di attività concatenate in processi finalizzati a produrre specifiche prestazioni/servizi (figura 4).

Questo «nuovo» modo di vedere l'ospedale ed il suo funzionamento, si basa proprio sulla analisi e misurazione dei suoi processi produttivi in termini di flussi o sequenze di attività, problema rispetto a cui è bene chiarire alcuni aspetti chiave.

Gestire i processi significa innanzitutto valutarne l'importanza relativa, vale a dire il valore che ogni attività assume sia nell'ambito in cui trova attuazione, sia in ottica più ampia rispetto alle interdipendenze che presenta con attività o processi diversi: si pensi per esempio al caso dell'intervento chirurgico, in cui l'efficiente preparazione della sala operatoria può essere vanificata per la mancanza di alcuni esami di laboratorio, o di un elettrocardiogramma, o di una consulenza specialistica. È quindi importante rendersi conto di quando e perché il fallimento di certe attività o processi svolti ad esempio da un NCD possa dipendere dai fabbisogni e dai risultati di altre attività svolte da un altro NCD: in questo senso, gestire per processi assume rilevanza laddove lo studio e la

misura sono funzionali a supportare azioni di riprogettazione organizzativa che minimizzino i rischi di mancata integrazione.

Questa «nuova» prospettiva organizzativa per l'azienda ospedaliera favorisce:

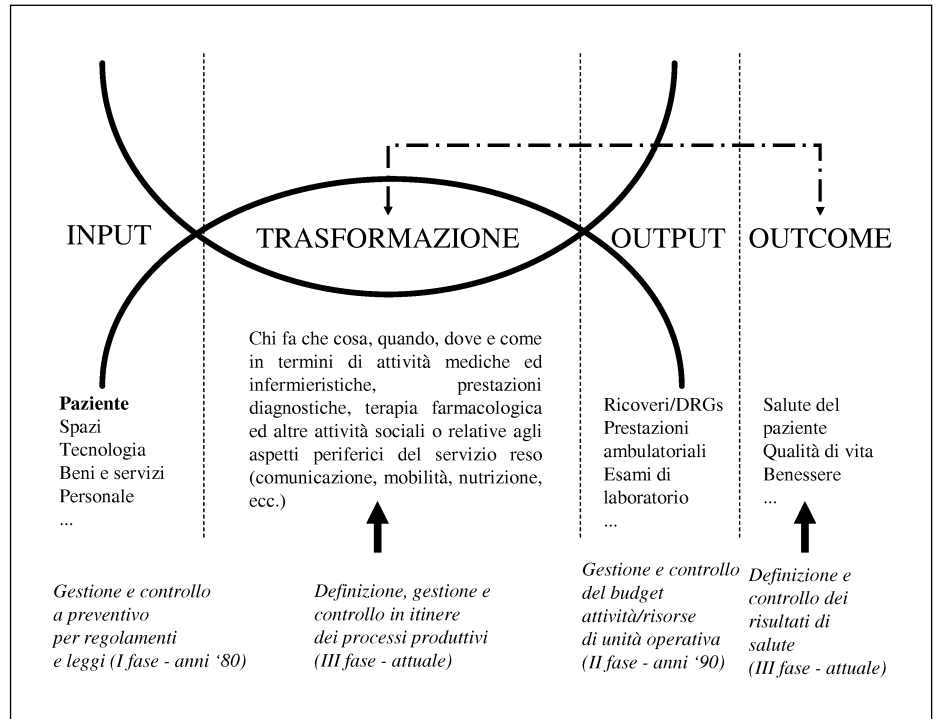
- l'orientamento alla multifunzionalità;
- lo snellimento gestionale;
- un maggiore controllo del processo da parte dell'azienda e delle sue Uu.oo., grazie alla maggiore conoscenza delle dinamiche di costo e del livello qualitativo dei processi stessi;
- una maggiore integrazione organizzativa, generata dal fatto che ogni operatore coinvolto è a conoscenza della catena complessiva di attività che forma il processo ed è in grado di identificare chiaramente i propri «clienti e fornitori interni» (soggetti aziendali a valle ed a monte rispetto alle attività da lui presidiate).

Le sequenze di attività costituiscono così processi primari (o core) e processi secondari (o periferici) (figura 5).

Nel caso ospedaliero, i processi produttivi primari sono tipicamente costituiti dalle attività cliniche che si svolgono per risolvere il problema del paziente (la cura) e che quindi generano per esso valore direttamente. Il risultato ed il corretto espletamento di queste attività è tuttavia influenzato dallo svolgimento delle attività di carattere secondario, ad esempio dal comfort alberghiero, dalla puntualità dei medici e degli infermieri, dalla cortesia, dal corretto funzionamento del blocco operatorio, dal corretto funzionamento del laboratorio di analisi, ecc.

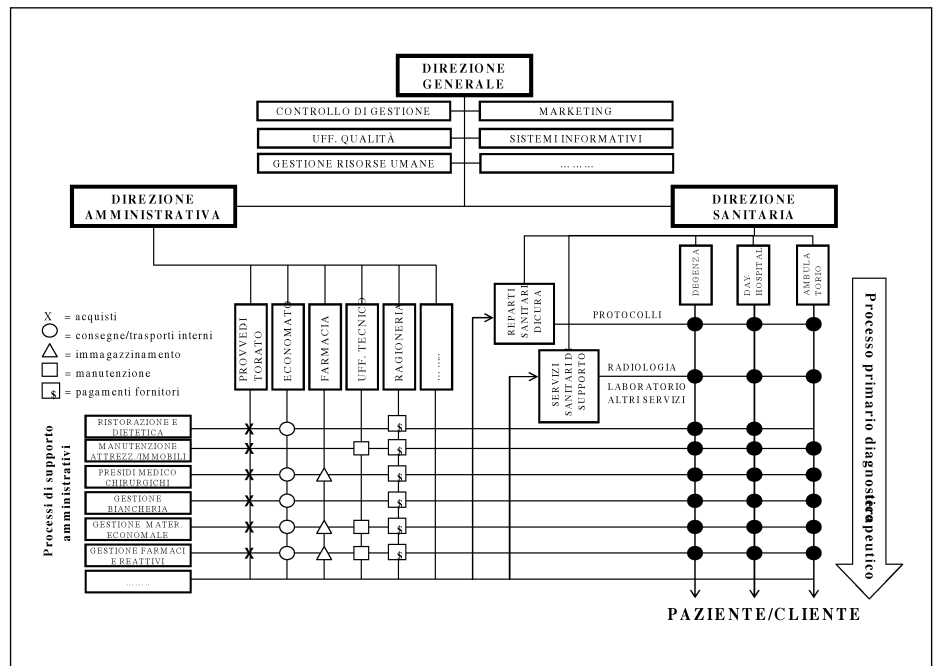
In fase di progettazione dei sistemi operativi del NOP (in particolare di programmazione e controllo) bisognerà comunque tenere conto di come tale distinzione tra processi primari e secondari, tradizionalmente condivisa

Figura 3 - Alternative al controllo delle attività ospedaliere



Fonte: Lega (2001).

Figura 4 - L'organizzazione orizzontale dell'ospedale



Fonte: Lega (2001).

e riportata in letteratura, presenti confini «mobili» sempre più sfumati a seguito dalla continua evoluzione dei bisogni sanitari: il passaggio dal bisogno di cura della salute che ha caratterizzato i decenni scorsi («guarire dalla malattia per non morire») alla ricerca del benessere ha portato ad una situazione in cui il paziente, dando per scontato i contenuti clinici del servizio che riceve (i processi primari), valuta il servizio soprattutto sulla base degli aspetti collaterali o periferici (i processi secondari). Di conseguenza, anche rispetto al problema del controllo, gli aspetti critici da monitorare non saranno solamente quelli prettamente clinici, cioè relativi al processo primario, ma anche e soprattutto quegli aspetti periferici relativi ai processi secondari, di contorno alla cura e più facilmente comprensibili e valutabili dal paziente, quali il *comfort* alberghiero, l'accoglienza, l'atmosfera di reparto, l'informazione e la comunicazione, la qualità della ristorazione, ecc. problemi integrazione e coordinamento.

Una visione centrata sui processi e non solo sulle strutture verticali di servizio permette in questo modo di individuare:

— un sistema informativo in grado di integrare la contabilità tradizionale per centri di costo con una metodologia che permetta di conoscere quanto si è consumato, come e perché sono state impiegate determinate risorse;

— quali sono i processi critici per la soddisfazione del paziente e quelli invece inutili che generano ridondanze, duplicazioni, tempi morti o «colli di bottiglia»;

— una logica gestionale che sposti l'attenzione degli operatori sanitari dai confini delle singole unità operative al processo sanitario quale oggetto da governare secondo criteri di *continuous improvement*, cioè di miglioramento continuo.

4.4. Il miglioramento continuo

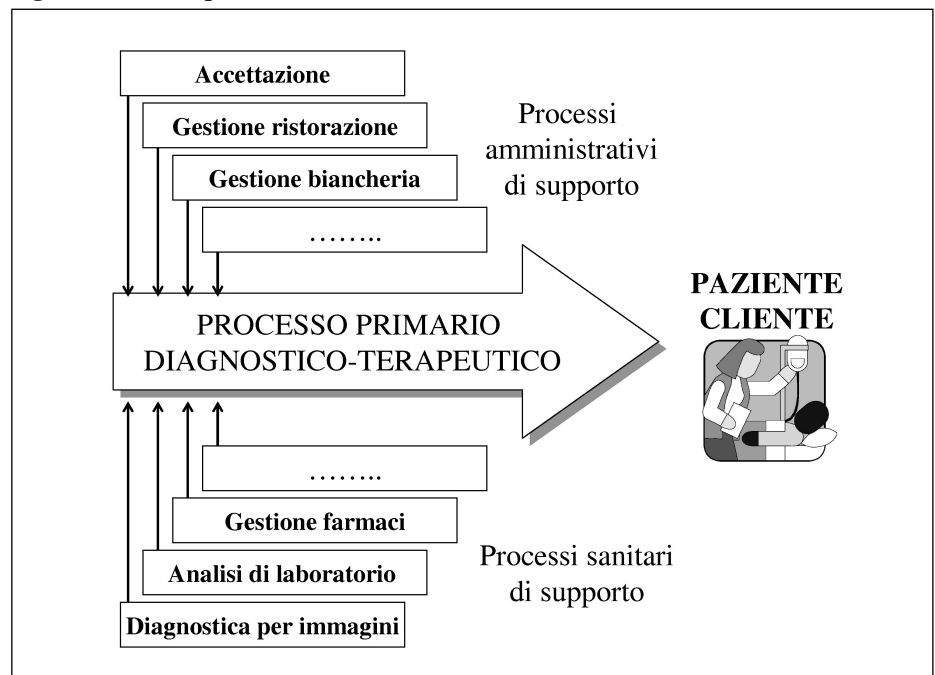
La logica del miglioramento continuo trova origine e spiegazione in un ragionamento circolare chiuso che si rinforza all'infinito, descritto in un modello in cui le fasi della programmazione dell'attività, della sperimentazione, del controllo e dell'azione correttiva si ripetono costantemente dando luogo ad un miglioramento a piccoli passi ma continuo nel tempo. Questo modello viene definito come ciclo PDCA (*Plan, Do, Check, Action*) o «ruota di Deming» (figura 6).

Partendo dalla descrizione sintetica di massima di un processo (sia esso storico, cioè già operativo nell'azienda, sia esso nuovo), attraverso un'accurata descrizione delle attività che lo compongono e della loro organizzazione/riprogettazione si giunge alla definizione di un «processo di riferimento» (fase *plan*). Nel caso di un

nuovo processo questa fase consta di una definizione *ex ante* della sequenza di attività, mentre se il processo è già operativo si tratta di riconfigurarne verso il modello che «ottimizza» lo svolgimento delle attività stante le risorse disponibili. A questo punto parte la fase di sperimentazione, che serve a verificare e controllare che il processo di riferimento sia quello effettivamente operante all'interno dell'azienda e soprattutto il migliore possibile considerate le risorse disponibili (fase *do*). Nella successiva fase del monitoraggio (fase *check*) dei risultati raggiunti si potranno prendere le decisioni sulle opportune modifiche da apportare alla sequenza logica del percorso, correggendo gli errori di definizione/riprogettazione del percorso (fase *act*), od introducendo le modifiche rese necessarie dal mutamento di variabili esogene o endogene.

Il ciclo del miglioramento continuo è alla base del funzionamento dei

Figura 5 - Processi primari e secondari



Fonte: Lega (2001).

gruppi di studio. Infatti, rispetto al singolo processo studiato si sviluppa un ciclo di miglioramento continuo che presuppone il confronto tra l'iter d'intervento attivato effettivamente ed il percorso di cura di riferimento «ottimale» individuato.

In questo senso, per ogni percorso di cura attivato occorre definire gli *standard*, verificare gli scostamenti, identificarne le cause, applicare gli interventi correttivi e verificarne i vantaggi.

La gestione dei percorsi secondo modalità di miglioramento continuo può poi essere ulteriormente arricchita se si distingue tra:

— *percorso effettivo*: è l'iter operativo concretamente nell'ambito della specifica organizzazione per dare risposta al problema di salute di un paziente;

— *percorso di riferimento*: indica la miglior sequenza temporale e spaziale di attività da svolgere per risolvere i problemi di salute del paziente, compatibilmente con le conoscenze tecnico-scientifiche e le risorse organizzative, professionali e tecnologiche a disposizione al momento attuale della specifica struttura ospedaliera; esso, non essendo rappresentativo del processo ideale, è necessariamente legato a ciò che realmente avviene. In altre parole, il percorso di riferimento non è generato dalla ricerca di «ciò che si potrebbe fare» ma dall'osservazione di «ciò che si fa»;

— *percorso obiettivo*: corrisponde ad un percorso di riferimento migliorato tramite l'introduzione di cambiamenti organizzativi e clinici che non sono ancora eseguibili di routine, ma che rappresentano l'obiettivo a cui deve tendere l'organizzazione nel breve termine (con anche possibili sovrapposizioni temporali sul modello dei *trial* clinici), quindi il «ciò che si potrebbe o vorrebbe fare». Quando il percorso obiettivo viene eseguito o è

eseguibile su base routinaria, e cioè nella maggioranza dei casi e senza eccezionali sforzi per l'organizzazione, diventa il percorso di riferimento.

La descrizione (rilevazione ed analisi) iniziale del «percorso effettivo» rappresenta la base per studiare e definire i percorsi di riferimento e successivamente quelli obiettivi. Infatti, una volta analizzati i percorsi di fatto seguiti da parte degli specifici operatori interessati, sarà possibile sviluppare percorsi di cura di riferimento con lo scopo di giungere alla esplicitazione delle modalità con le quali gestire il singolo paziente al fine di perseguire una migliore programmazione delle attività interne a ciascuna U.o. ed una migliore integrazione tra tutti i settori dell'azienda le cui attività incidono, direttamente o indirettamente, sulla qualità e l'efficienza del risultato per caso trattato.

Da un punto di vista grafico, le relazioni tra percorsi effettivi, di riferimento ed obiettivo, possono essere rappresentati come in figura 7.

4.5. Puntare al «core business»

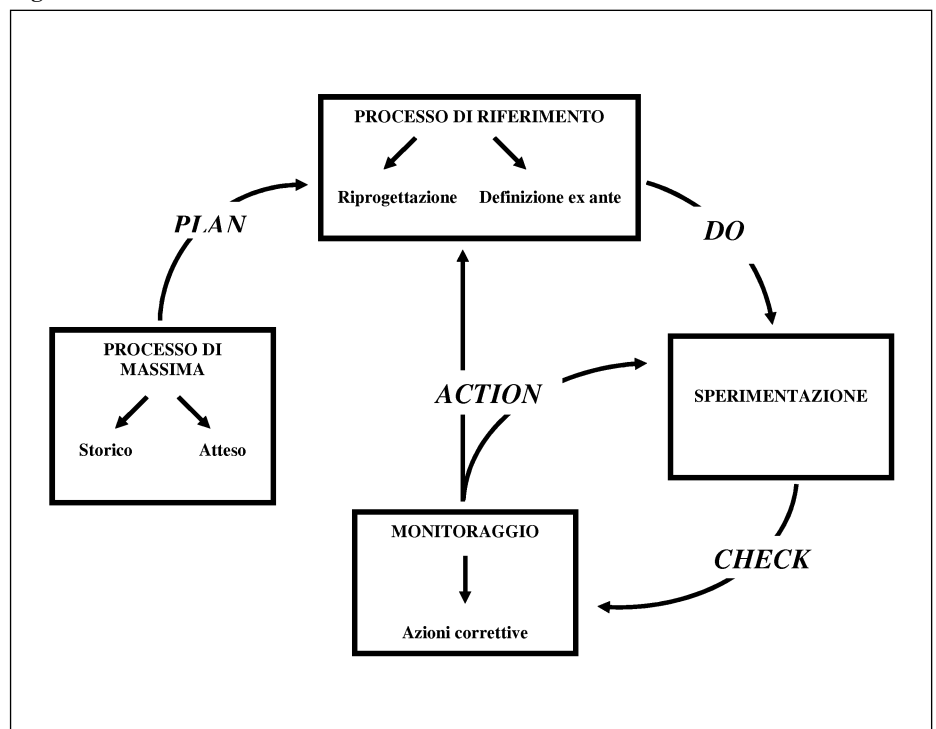
Il NOP dovrà focalizzare la propria gestione attorno a quello che si può definire il suo «core business». Questa affermazione vale nel duplice senso di:

— affidarsi all'esterno (*outsourcing, global service*) per tutti quei servizi non sanitari e sanitari che non riguardano direttamente processi primari di contatto con il cliente;

— identificare gli specifici problemi clinici selezionati di cui si occuperanno i NCD.

Questo secondo aspetto si riconduce alla *mission* del NOP, che per differenziare e qualificare l'attività dell'o-

Figura 6 - Il ciclo PDCA



Fonte: Lega (2001).

ospedale dovrà obbligatoriamente rivolgersi verso:

— patologie usuali, ma di particolare gravità o da trattare con terapie innovative;

— patologie complesse, che necessitano di professionalità elevata e specialistica degli operatori e di rilevanti e particolari dotazioni tecnologiche;

— patologie rare;

— patologie multiorgano di difficile inquadramento.

È in questo quadro di riferimento che il NOP dovrà costruire e ricercare le proprie coerenze e sinergie tra le attività assistenziali di ricerca e di didattica.

4.6. Creare l'infrastruttura operativa

Può sembrare superfluo, ma rimane importante sottolineare l'importanza di costruire una squadra di gestione all'altezza dei compiti e delle responsabilità poste dal NOP. Una squadra di persone che ricopre ruoli direzionali e di *staff*, formate nel campo del *management* sanitario e con una cultura orientata all'imprenditorialità, all'innovazione, alla gestione equilibrata del difficile rapporto tra esigenze economiche e tensioni allo sviluppo delle cure.

Accanto alla squadra serviranno gli strumenti, dove particolare attenzione dovrà essere posta all'architettura e tecnologia informatica di supporto (*datawarehousing*, *datamining*, lettori ottici, accessi informatici diffusi, ecc.) al funzionamento di tutto il NOP, elemento chiave per consentire la raccolta, elaborazione e trasmissione delle informazioni secondo tutte le «direzioni» organizzative (verticale, orizzontale, per processo, per NDC, per fattore produttivo, per variabile qualitativa, ecc.).

5. Conclusioni: quanto costa?

Dire quanto può costare la gestione di un NOP come quello ipotizzato è impossibile senza fare ipotesi ben precise sui volumi e sul *case-mix* di attività. Tuttavia, data la possibilità di costruire da zero l'assetto logistico-organizzativo e la dotazione organica del NOP e dato il suo orientamento naturale (vocazionale) ad una casistica particolarmente complessa, alla luce dell'attuale sistema tariffario a Drgs ed in situazione di accreditamento dell'intera struttura (o della sua maggioranza) presso il Ssr di riferimento, è presumibile che in condizioni di efficienza ed efficacia produttiva goda di un andamento economico positivo.

Qualche ragionamento ulteriore si può invece fare rispetto ai costi di costruzione. Al meta-progetto di ospedale del futuro preparato dal Ministero della salute (per circa 400 PI) veniva attribuito un costo di costruzione di circa 150 milioni di euro. Sulla base di

alcuni progetti di nuovi ospedali pubblici in via di costruzione nella Regione Lombardia ed in Toscana, si possono desumere per un NOP di 700-800 posti letto i seguenti dati e costi:

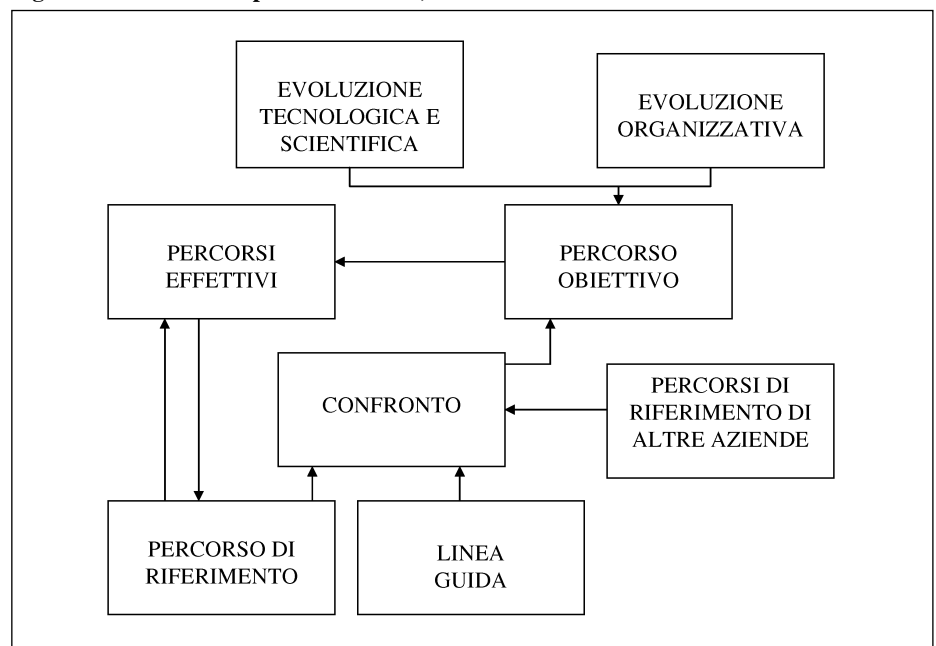
— 150 mq per posto letto, comprensivi di tutti gli spazi comuni, quali quelli dell'area commerciale, della foresteria, degli spazi ricreativi, alla aule di didattica, alla presenza dell'eliosoccorso, ecc.;

— un costo di costruzione di 1.500 euro per mq, pari a 225.000 euro a posto letto;

— un costo per attrezzature per ciascun posto letto pari a 80.000 euro (che considera la maggior varietà e numerosità di tecnologie pur scontando un numero di posti letto anch'esso maggiore);

Di conseguenza, il costo totale presunto di costruzione del NOP sarebbe di circa 285.000 euro per posto letto. Considerando che si tratta di una stima, che sottovaluta sicuramente alcuni costi di costruzione e progettazione,

Figura 7 - Relazioni tra percorsi effettivi, di riferimento ed obiettivo



Fonte: Casati (1999).

è in conclusione ipotizzabile un costo finale vicino, ma probabilmente inferiore ai 350.000 euro per posto letto.

(1) Cfr. Nauert (1995).

(2) Come riporta Geddes de Filicaia (2002), nel 1980, su un totale di 5866 corpi di fabbrica ad uso ospedaliero, l'età media degli edifici di cui si conosceva la data di costruzione era di 62 anni. Dati più recenti propongono una ripartizione per età degli ospedali italiani per cui il 10% risale a prima del 1800, il 6% a dopo il 1800 e prima del 1900, il 20% a dopo il 1900 e prima del 1940, il 30% a dopo il 1940 e prima del 1970, il 34% a dopo il 1970 (Guzzanti, 1998). In questo quadro di anzianità delle strutture ospedaliere si è inserito negli ultimi anni un intenso processo di rinnovamento che coinvolge importanti ristrutturazioni e diverse ricostruzioni di nuovi ospedali. A questo punto si collegava la Finanziaria 1999 (e la legge n. 448/98 all'articolo 71) laddove prevedeva all'articolo 39 un «Piano straordinario di interventi (per un importo complessivo di 1500 miliardi di lire, circa 750 milioni di euro) per la riqualificazione dell'assistenza sanitaria nei grandi centri urbani attraverso anche ... la riorganizzazione ed il miglioramento degli strumenti di coordinamento della rete dei servizi ai cittadini, utilizzando la sperimentazione di nuovi modelli gestionali (comma b)». Per una prima disamina di come si sono sviluppati tali investimenti si rimanda a Geddes de Filicaia (2002). Si veda anche la relazione del Ministero della sanità (2001).

(3) Sulla dimensione ottimale dell'ospedale si veda il lavoro di Ferguson B., Sheldon T., Posnett J. (1997), «Concentration and choice in healthcare», London, Royal Society of Medicine - Financial Times Healthcare.

(4) Che è ovviamente coerente con le indicazioni in materia di organizzazione dell'ospedale previste dai criteri di accreditamento determinati dai D.L.vi 502/92, 517/93, 229/99 e D.M. 29/92 relativo all'elenco delle alte specialità e fissazione dei requisiti necessari alle strutture per l'esercizio di attività di alta specialità.

(5) Pubblicata sulla rivista RSS - Ricerca sui servizi sanitari, a cura dell'Assr - Agenzia per i servizi sanitari regionali, n. 1 del 1997, «L'evoluzione e le prospettive dell'assistenza ospedaliera in Italia».

(6) Si veda la Relazione sanitaria sullo stato del Paese - anno 2000, a cura del Ministero della salute.

(7) Si veda la relazione predisposta dal Ministero ed inviata alle Regioni e/o per una sin-

tesi gli articoli comparsi sul Sole 24 Ore Sanità del 27 marzo-2 aprile 2001. In particolare si ricordano in questa sede i dieci principi informativi per il nuovo ospedale per acuti:

1) umanizzazione: centralità della persona;

2) urbanità: integrazione con il territorio e la città;

3) socialità: appartenenza e solidarietà;

4) organizzazione: efficacia, efficienza e benessere percepito;

5) interattività: completezza e continuità assistenziale con la rete dei servizi socio-sanitari e territoriali;

6) appropriatezza: correttezza delle cure e dell'uso delle risorse;

7) affidabilità: sicurezza e tranquillità;

8) innovazione: rinnovamento diagnostico, terapeutico, tecnologico ed informatico;

9) ricerca: impulso all'approfondimento intellettuale e clinico-scientifico;

10) formazione: aggiornamento professionale e culturale.

(8) Tratto da «Linee guida per la progettazione dei nuovi ospedali della Apuane, di Lucca, Pistoia e Prato», approvate con delibera n. 193 del 12 marzo 2003 dalla Asl di Lucca.

(9) È utile sottolineare che rispetto alle opzioni elencate nel testo, si pone il problema di un dibattito oggi aperto in giurisprudenza secondo il quale il soggetto giuridico, benché di natura privata, se a proprietà di maggioranza pubblica, dovrebbe comunque operare secondo regole di diritto amministrativo-pubblico (si fa esplicito riferimento al caso degli acquisti). La questione è tuttora aperta, anche se in relazione all'evoluzione che vi è stata negli ultimi anni nel campo delle procedure di acquisto pubbliche e gestione del personale non sembra essere un problema rilevante per impostare una corretta gestione.

(10) Sul tema più generale delle sperimentazioni gestionali in Italia si veda il numero monotematico di Monitor, il bimestrale della Agenzia per i servizi sanitari regionali, del gennaio-febbraio 2003, avente per oggetto un focus sulle sperimentazioni ed innovazioni gestionali nelle aziende sanitarie.

(11) Si parla di Comune al singolare in quanto si assume l'ipotesi che il NOP, per la sua connotazione poli-specialistica, venga realizzato presso un centro urbano di rilevanti dimensioni (città od area metropolitana con una città capofila). Peraltro, è possibile anche che un NOP serva un'area estesa costituita da più Comuni importanti (area metropolitana) che potrebbero quindi voler partecipare praticamente all'iniziativa.

(12) La fondazione di partecipazione è una configurazione giuridica che nasce dalla fusio-

ne tra la fondazione e l'associazione. La fondazione di partecipazione prevede (Bellezza *et al.*, 2001):

— assenza di scopo di lucro;

— interesse generale e di utilità sociale;

— di regola enti pubblici tra i soci fondatori con funzioni di sorveglianza;

— soggetti privati con compiti di gestione.

(13) Questo peraltro è anche un rischio che potrebbe portare a pressioni e decisioni del Cda irrazionali e che minano l'equilibrio economico-finanziario del NOP a fronte della deresponsabilizzazione sulle conseguenze. Un altro rischio non meno importante è riconducibile al fatto che il soggetto pubblico principale, la Regione, sarebbe contestualmente proprietario e committente del NOP, con da un lato tensioni all'equilibrio economico-finanziario, dall'altro al soddisfacimento di bisogni di salute della popolazione. Le conseguenze possibili possono essere da un lato le limitazioni agli investimenti (da cui abbattimento dei ricavi, fissazione di limiti alla produzione e tetti di spesa, ecc.) per mancanza di risorse economiche (tuttavia almeno in parte superabili con gli investimenti propri da redditi per libera professione ed area a pagamento, con gli investimenti privati ed il *fund-raising*), dall'altro lato una progressiva modificazione delle finalità non rispettosa dell'equilibrio economico di struttura e dei compiti di alta specialità e di selezione di problemi clinici specifici a seguito della pressione della popolazione e del rinforzo di queste dato dal Comune (il vero soggetto deresponsabilizzato, non risponde dei disavanzi e non paga la produzione) e dagli altri soggetti privati (associazioni malati, fondazioni) che siedono nel Cda.

(14) Il contratto di lavoro pubblico dei dirigenti medici presenta diversi aspetti per cui, se applicato fino in fondo, potrebbe risultare più «duro» di quello della dirigenza privata: basti pensare il fatto che i dirigenti medici pubblici «scadono» ogni tre-cinque anni (o meglio sono soggetti a formale verifica e conferma) e che hanno una parte rilevante dello stipendio «variabile» (indennità di posizione e retribuzione di risultato). Nei fatti vi sono comunque consuetudini ed applicazioni parziali che mitigano l'impatto incentivante e flessibile del contratto di lavoro pubblico attuale.

(15) A meno di strutturare il contratto secondo formula di *leasing* con opzione finale di riscatto/acquisto.

(16) Cfr. nota 8.

(17) Ogni camera dovrebbe avere una dimensione tra i 25-30 mq, ed essere dotata di impianto di climatizzazione, impianti medicali, bagno privato, televisore, telefono, prese per pc, interfono, arredo — armadio, tavolo, pol-

trona e sedie — con cassaforte, buon isolamento acustico e buona illuminazione. Secondo i criteri più moderno dell'ospitalità alberghiera (differenziazione servizi/costi a partire da una camera base) si potrebbero configurare alcune camere in più nell'ambito dei singoli servizi generali e specialistici attrezzate per poter differenziare in più le comodità alberghiere secondo le esigenze del malato. Questo principio potrebbe trovare particolare — ma non esclusiva — applicazione nelle camere dedicate all'area a pagamento ed alla libera professione intra-muraria.

(18) Il Pronto soccorso dovrà essere costituito da una serie di servizi diagnostici dedicati (in continuità funzionale e strutturale con l'area centrale di diagnostica per immagini), da aree di triage, da aree per la stabilizzazione e l'intervento di emergenza, da box con letti tecnici per il trattamento, da una sala gessi e da una zona di osservazione breve con letti — l'astanteria — finalizzata ad incrementare la funzione di filtro propria di questo settore senza diminuire la presa in carico dell'utente. Cfr. nota 8.

(19) Magari secondo uno schema architettonico a stella, che riduce anche le distanze tra i blocchi e facilità la mobilità interna del personale, oltre a richiedere meno consumi di energia e calore rispetto agli schemi ad H allungata o multipli di H.

(20) In questo senso, dovranno essere garantiti i seguenti livelli di flessibilità:

— interna edilizia (sistemi costruttivi, ecc.);

— interna funzionale (ritagliabilità per aree funzionali, modulabilità degli spazi, ecc.);

— interna planimetrica (prevedere aree-polmone libere, semifinite e collocate in punti strategici per espansioni settoriali, ad esempio in testa ai blocchi, oppure un piano ulteriore...);

— esterna planimetrica (prevedere possibili espansioni da realizzarsi in aree predisposte).

(21) Vale a dire, quei posti letto che garantirebbero alla luce della produzione effettiva del primo semestre un'occupazione minima dell'85%.

(22) E tenendo presente le indicazioni del meta-progetto di ospedale del futuro predisposto dal Ministero della salute e quelle ricavate dall'analisi di diversi presidi ospedalieri simili operanti nella realtà di Milano.

(23) Guzzanti (1997; 2002) sottolinea come da un rapporto di studio di una commissione ministeriale (2001) emerga che nel 1998 in Italia sono stati effettuati in *day-surgery* il 14,6% degli interventi chirurgici, rispetto ad una possibile trasferibilità dal regime ordinario che va dal 45% al 63% se riferito alle patologie, dato

peraltro da confrontare con la eleggibilità dei singoli pazienti per tale tipo di trattamento. Considerando la complessità della casistica attesa dal NOP, sembra sufficiente ipotizzare inizialmente una quota tra il 10 e 15% dei posti letto alla *day-surgery*. In ogni caso, la modulabilità dei posti letto e delle sale operatorie dovrà permettere gli aggiustamenti necessari nel corso della vita dell'ospedale.

(24) Nel garantire tale assistenza diretta il gruppo di studio adempie anche ad alcuni obblighi morali di assistenza altrimenti difficilmente ottenibili, e più precisamente:

— scegliere la sede più opportuna di diagnosi e/o cura (ambulatorio, D.H., ricovero breve, usuale, terapia semintensiva, terapia intensiva) nel particolare momento in cui si trova la malattia di base;

— evitare la peregrinazione del malato da un settore diagnostico all'altro e da uno specialista all'altro;

— evitare pareri diversi sulla opportunità di utilizzare un certo percorso diagnostico-terapeutico;

— raggiungere la competenza necessaria all'impostazione della scelta diagnostica o terapeutica non solo attraverso l'esperienza personale (forzatamente limitata), ma attraverso l'esperienza che deriva dallo studio di molti casi della patologia in oggetto.

(25) Il concetto sopra esposto di percorso di cura deve quindi rimanere distinto dai concetti di:

— linee guida: queste rappresentano raccomandazioni di comportamento clinico, prodotte dalla comunità medico-scientifica, circa le modalità di assistenza più appropriate per una determinata patologia/problema clinico; esse possono costituire un punto di riferimento scientifico nella definizione dei Pdc aziendali, ma avendo carattere prescrittivo e non contestualizzato, e limitandosi ad analizzare prevalentemente gli aspetti diagnostico e terapeutici non consentono di svolgere le stesse funzioni di guida operativa assegnate ai Pdc: questi ultimi infatti non hanno carattere prescrittivo, ma si pongono come punto di confronto e controllo della pratica giornaliera, sono in continua evoluzione sulla base dei cambiamenti in atto nell'azienda ed affrontano, inoltre, variabili non solo cliniche, ma anche di tipo organizzativo e socio-economico;

— protocolli di diagnosi e cura: il Ministero della sanità associa a questo termine quello di percorsi diagnostici e terapeutici, ma il suo significato ha più punti in comune con le linee guida piuttosto che con il concetto di processo o, meglio, di gestione per processi a cui si intende riferire i Pdc; infatti, questi strumenti assumono carattere prescrittivo ed affrontano

problematiche esclusivamente diagnostico-terapeutiche, ignorando le problematiche organizzative.

Un'altra differenza fondamentale tra i due concetti sopra esposti ed i Pdc sta essenzialmente nell'approccio seguito per la loro definizione. Linee guida e protocolli vengono definiti secondo un approccio *top-down*, focalizzato esclusivamente su aspetti clinici: infatti, società scientifiche, Ministero della sanità, Regioni ed altri interlocutori istituzionali definiscono le regole a cui i medici sono tenuti/incoraggiati a conformarsi (atteggiamento impositivo-sanzionatorio), sebbene sia possibile che il percorso clinico così individuato presenti incompatibilità con le caratteristiche dell'organizzazione che dovrà porlo in atto. Al contrario, l'orientamento ai Pdc si caratterizza per un approccio *bottom-up*, in quanto gli operatori sanitari interessati sono coinvolti nella definizione di percorsi che sono continuamente perfezionati ed adattati sulla base dell'impatto sui pazienti e sull'organizzazione.

BIBLIOGRAFIA

- A.S.S.R. (1997), «Il dipartimento nel servizio sanitario nazionale», *Progettare per la sanità*, 37, pag. 50-64, gennaio-febbraio.
- BELLEZZA E., FLORIAN F., MENEGUZZO M. (2001), *Il modello delle cattedrali: costruire l'impresa non lucrativa*, Passigli Editore, Firenze.
- BUCCI R. (2002), «Un nuovo modello di ospedale: il decalogo dei principi cui deve rispondere la futura edilizia sanitaria ed il meta progetto di Renzo Piano», *Salute e territorio*, 131.
- CAMPANA C. (1986), «L'organizzazione interna dell'ospedale: dipartimenti e servizi sanitari», *L'ospedale*, 1-2.
- CASATI G. (A CURA DI) (1999), *Il percorso del paziente*, Egea, Milano.
- DIANA E. (2002), «L'architettura dell'ospedale nella sua evoluzione storica», *Salute e territorio*, 131.
- GEDDES DE FILICAIA M. (2000), «L'ospedale e la città», *L'Arco di Giano*, 26.
- GEDDES DE FILICAIA M. (2002), «Le politiche ospedaliere in Italia», *Salute e territorio*, 131.
- GUZZANTI E. (1997), «L'evoluzione e le prospettive dell'assistenza ospedaliera in Italia: considerazioni e proposte», *Ricerca sui servizi sanitari*, volume 1, 1.
- GUZZANTI E. (1998), «L'autorizzazione e l'accreditamento nella realtà delle strutture ospedaliere e delle tecnologie sanitarie in

- Italia: considerazioni e proposte», *Ricerca sui servizi sanitari*, volume 2, 1.
- GUZZANTI E. (2002), «Le strutture alternative al ricovero», *Salute e territorio*, 131.
- GUZZANTI E., MASTRILLI F., MASTROBUONO I., MAZZEO M.C. (1997), «Day-surgery: evoluzione dei concetti e delle iniziative in Italia e proposte per la regolamentazione», *Ricerca sui servizi sanitari*, volume 1, 4.
- LEGA F. (1998), «Il process re-engineering nelle aziende di servizi sanitari», *Organizzazione sanitaria*, 4, Secup, Roma.
- LEGA F. (1998), «Scelte strategiche e ridefinizione dei confini dell'ospedale: dalla struttura focalizzata all'organizzazione a rete», *Organizzazione sanitaria*, 1, Secup, Roma.
- LEGA F. (1999), «Il Percorso diagnostico-terapeutico», *Prospettive sociali e sanitarie*, 3.
- LEGA F. (1999), «Dalla strutture alle persone: considerazioni su natura, finalità e ruolo del dipartimento ospedaliero», *Mecosan*, 30, Sipis, Roma, 1999.
- LEGA F. (2000), *Logiche e strumenti di gestione per processi in sanità*, McGraw-Hill, Milano.
- LEGA F. (2002), «Il mistero del dipartimento ospedaliero», *Mecosan*, 43.
- LEGA F. (2002), «Strategie di rete per i sistemi multiospedalieri: analisi e valutazione», *Economia & Management*, 2, 2001.
- Linee guida per la progettazione dei nuovi ospedali della Apuane, di Lucca, Pistoia e Prato*, allegate alla delibera n. 193 del 12 marzo 2003 dalla Asl di Lucca.
- MINISTERO DELLA SANITÀ (2001), *Proposta per l'organizzazione, lo sviluppo e la regolamentazione delle attività chirurgiche a ciclo diurno*, Roma, febbraio.
- MINISTERO DELLA SANITÀ (2001), *Relazione sugli investimenti ex articolo 20*.
- NAUERT R.C. (1995), «Academical medical centers and the fight for survival in the new era of managed care», *Journal of Health Care Finance*, 21(4), 47-59.
- SACCANI C.F. (1987), «La complessità strutturale ed organizzativa degli ospedali in relazione alla differenziazione specialistica della medicina», *Confronti*, 7, 1987.
- SMITH R. (2001), «How best organise acute hospital services? Think completely different», *British Medical Journal* (editorial), 323.
- VERME G., RENGA G., RODA E., BARALDI G. (2000), *I policlinici italiani e le aziende università-ospedale: cura, ricerca e formazione, un trionfo inscindibile*, Atti del convegno tenutosi a Torino il 14-15 aprile.
- VERME G., ROSINA F., VISCONTI F. (1997), «Percorso di aziendalizzazione di un ospedale polispecialistico», *Mecosan*, 21.

Management ed economia sanitaria

MECOSAN

La rivista trimestrale
di saggi e ricerche, documenti e commenti
per il governo manageriale della sanità

edita sotto gli auspici del Ministero della sanità

RACCOMANDAZIONI AGLI AUTORI

Mecosan è una rivista aperta al contributo di chiunque desideri offrire testimonianze, opinioni, notizie e resoconti di studi e ricerche che abbiano attinenza con i temi dell'economia e della gestione manageriale dei sistemi sanitari.

I contributi, che devono essere originali e avere contenuto innovativo, sono destinati alle seguenti sezioni:

Saggi e ricerche - Documenti e commenti - Esperienze innovative - La sanità nel mondo - Sanità e impresa - Biblioteca.

La lingua ammessa è l'italiano.

Per gli articoli destinati alla sezione «**Saggi e ricerche**» è previsto un **abstract** in inglese che non superi le 200 parole (in corsivo ad interlinea singola).

I contributi devono tenere conto delle seguenti regole editoriali:

Titolo e autori

Il titolo non deve superare le due righe.

I nomi degli autori (nome e cognome), preferibilmente in ordine alfabetico, sono seguiti, senza ulteriore qualificazione, dalla segnalazione degli Enti di appartenenza, richiamati da note numeriche se gli autori provengono da più di una istituzione.

Sommario

Immediatamente dopo gli autori, il sommario deve essere breve ed indicare solo i paragrafi principali, preceduti da numeri arabi seguiti dal punto.

Esempio: SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Parte prima - 3. Parte seconda - 4. Conclusioni - 5. Appendici.

Titoli dei paragrafi

In grassetto, preceduti dai numeri arabi seguiti dal punto.

Esempio: **1. Introduzione**

Eventuali sottotitoli in corsivo.

Tabelle, grafici e figure

Devono essere richiamati nel corso degli articoli con riferimenti puntuali e forniti in stampa separata dal testo e possibilmente in un file diverso. Si ricorda agli autori che *Mecosan* è una rivista in **bianco e nero**, dunque non saranno accettati articoli che contengono figure a colori. Le rappresentazioni grafiche saranno accettate a condizione che siano accompagnate da tabelle numeriche riportanti i dati di riferimento.

Note

Devono essere richiamate numericamente, riportate alla fine dell'articolo (e non a pie' di pagina).

Lunghezza articoli

Indicativamente i saggi dovranno essere tra le cinquemila e le diecimila parole; per le altre sezioni si consiglia di non eccedere le settemila parole.

Riferimenti bibliografici

Si devono effettuare con il sistema autore-data (e non con i numeri progressivi) nel corpo del testo o in nota. Le indicazioni corrispondenti si devono riportare alla fine dell'articolo nella **bibliografia**, dopo le note, in ordine alfabetico, secondo il seguente esempio:

— per testi: richiamo: (Clerico, 1984); indicazione: CLERICO G. (1984), *Economia della salute*, Franco Angeli, Milano.

— per articoli: richiamo: (Volpatto, 1990); indicazione: VOLPATTO O. (1990), «La privatizzazione dei servizi pubblici», *Azienda Pubblica*, 2: pagg. 243-252.

I testi non citati nell'articolo che eventualmente si vorranno segnalare dovranno essere inseriti in una **bibliografia separata**.

I testi

Devono pervenire su dischetto, preferibilmente in Microsoft Word per DOS o Windows, con allegata copia cartacea preceduti da una pagina che indichi:

— nome, cognome, indirizzo completo di numero telefonico e di fax degli autori o dell'autore principale;
— titolo e sezione per cui si propone l'articolo.

Devono essere inviati a:

**Mecosan - Redazione - c/o CeRGAS, Viale Isonzo, 23
20135 Milano - Tel. 0258362600 - Fax 0258362593-98
E-mail: mecosan@uni-bocconi.it**

Gli articoli pervenuti saranno sottoposti al vaglio dei referenti accreditati e qualora risultassero disattesi i requisiti suindicati potranno essere scartati o integrati dalla redazione.



Esperienze innovative

Sezione 3^a

RAGIUSAN



click

Gentile abbonato,

la copia esatta di **RAGIUSAN** «cartaceo» è disponibile nel 2003 anche in «CD rom».

In questo modo Le è possibile, con un semplice click:

- ✓ visualizzare e consultare la rivista **RAGIUSAN** in formato pdf, mediante l'applicazione Acrobat Reader, «sfogliandola» come nel formato cartaceo;
- ✓ «navigare» nella rivista **RAGIUSAN** andando direttamente alle rubriche (dottrina, giurisprudenza e documentazione) o agli argomenti di maggior interesse;
- ✓ consultare l'indice della rivista **RAGIUSAN** con tutti i links che rinviano alla visualizzazione dei testi degli articoli e delle leggi nazionali e regionali;
- ✓ fare ricerche «per frase» nei testi di tutto il fascicolo.

La **SIPIS** Le offrirà il primo CD rom 2003 in supplemento al n. 225/226 di **RAGIUSAN** per consentirLe quale abbonato di **RAGIUSAN** di valutarne le potenzialità di approfondimento e di ricerca.

IL DIRETTORE EDITORIALE

***RINNOVI, PERTANTO,
SUBITO L'ABBONAMENTO
A RAGIUSAN 2003,
SE NON LO HA ANCORA FATTO***

LINEE DI PRODOTTO: SEGMENTAZIONE DEL MERCATO DEI RICOVERI

Luca Baldino¹, Enrico Parma²

¹ Dipartimento degli Staff - Azienda USL di Piacenza

² Controllo di Gestione e dei Sistemi Informativi - Azienda Ospedaliera S. Anna di Como

SOMMARIO: 1. Premessa - 2. Le Linee di prodotto - 2.1. Rapporto fra le Linee di prodotto e le specialità in cui sono articolati i reparti ospedalieri - 2.2. Come sono costruite le Linee di prodotto (LdP) - 2.3. Caratteristiche delle Linee di prodotto - 3. Uso delle Linee di prodotto - 3.1. Analisi della domanda - 3.2. Dimensionamento della rete di offerta aziendale - 3.3. Attività di *benchmark* - 3.4. Analisi della produzione interna dei presidi e dei reparti - 3.5. Definizione degli obiettivi di *budget* aziendale - 4. Conclusioni e prospettive.

1. Premessa

L'esperienza che viene presentata rappresenta l'apice di un processo sperimentale condotto negli ultimi due anni presso diverse aziende sanitarie nazionali (1); in particolare l'oggetto della pubblicazione si riferisce ad uno studio realizzato presso l'Azienda ospedaliera S. Anna di Como di cui nel box 1 sono riportati i principali dati di riferimento.

Lo studio è stato elaborato nell'ambito di un più ampio processo di revisione degli strumenti di pianificazione aziendali, avviato in funzione della necessità di affrontare alcune peculiari condizioni di contesto di seguito sinteticamente illustrate.

In primo luogo, l'Azienda ha avvertito il bisogno di sviluppare innovative modalità di programmazione e controllo onde far fronte alle necessità imposte dal percorso di modernizzazione del Servizio sanitario nazionale.

In secondo luogo, l'Azienda ha in atto un processo finalizzato alla costruzione del nuovo presidio cittadino (ospedale S. Anna) che rappresenta l'ospedale di riferimento provinciale (800 posti letto). Tale situazione rap-

presenta ovviamente il punto di riferimento per l'intera azione gestionale, produttiva ed amministrativa dell'intera azienda, in particolare per quanto concerne le procedure di pianificazione e programmazione tanto di breve quanto di medio periodo.

Occorre, infatti, evidenziare come, a seguito di quanto richiesto dai processi di *aziendalizzazione*, l'introdu-

zione di nuovi criteri di gestione ha avuto un diverso impatto sulle differenti aree operative del S. Anna.

In particolare si è realizzato che nel corso degli anni l'area della *produzione*, ovvero quella più strettamente sanitaria, in quanto più direttamente esposta al confronto con il regime concorrenziale, è stata chiamata a sviluppare *rapidamente* strumenti, pro-

Box 1

Azienda ospedaliera S. Anna di Como Regione Lombardia	
5	Presidi ospedalieri
1.500	Posti letto complessivi
28	Strutture ambulatoriali sul territorio di riferimento
3.800	Dipendenti
102	Milioni di euro di attività di ricovero
44	Milioni di euro di attività specialistica ambulatoriale
217	Milioni di euro di bilancio
500.000	Abitanti nel mercato di riferimento

cessi e comportamenti di tipo aziendalistico.

L'area di supporto (amministrativo/gestionale) non si è evoluta con la stessa rapidità. La principale causa di tale fenomeno è da attribuire, nell'opinione di chi scrive, alla natura stessa dell'attività svolta che risulta ancora principalmente impostata, per vincoli normativi, ad azioni di carattere *giuridico amministrativo*. A ciò si aggiunge il fatto che l'azione dell'area di supporto, a differenza di quella sanitaria, non ha immediati ed espliciti riflessi diretti sugli indici di attrazione nel *mercato* sanitario; conseguentemente questa area ha subito nel tempo minori *pressioni* per il cambiamento.

Si è creato pertanto, in Azienda, un contesto gestionale nel quale sono presenti due anime che procedono a differenti velocità ed in cui quella più lenta è, paradossalmente, quella che dovrebbe promuovere e supportare il cambiamento.

La volontà di fornire una risposta al paradosso appena illustrato e l'esigenza di pianificare la costruzione del nuovo ospedale hanno introdotto nuovi elementi di forte complessità nell'azione programmatica e hanno richiesto, come condizione preliminare, una profonda rivisitazione degli strumenti utilizzati nei processi di pianificazione e controllo.

Nel settembre del 2001 il Controllo di gestione ha ritenuto opportuno sollecitare la creazione di un gruppo di lavoro interdisciplinare congiuntamente alla Direzione sanitaria, integrato da supporto consulenziale, con l'obiettivo di rivisitare l'intero ciclo di programmazione e controllo ed in particolare di creare nuovi strumenti che consentissero di ovviare alle criticità sopra esposte.

La pubblicazione prende in esame lo sviluppo del primo e più importante strumento: la segmentazione della

produzione degli eventi di ricovero in *Linee di prodotto (Ldp)*.

L'utilizzo ed il successivo perfezionamento delle Linee di prodotto nascono dalla ricerca, del gruppo di lavoro, di uno strumento che consentisse al sistema pianificazione di:

— far derivare i livelli di offerta (rete dei presidi dell'Azienda S. Anna) dalla domanda del bacino di riferimento e dall'analisi del contesto competitivo (copertura della domanda da parte della concorrenza) (2);

— dimensionare le strutture produttive in relazione agli obiettivi definiti in termini di rete di offerta (obiettivi di copertura della domanda) e dal *benchmark*.

Una prima ricognizione ha evidenziato la mancanza di strumenti di analisi finalizzati ad una visione completa e sintetica dei dati di *produzione* del mercato al fine di raggiungere gli obiettivi sopra citati. Infatti gli strumenti normalmente utilizzati per analizzare i dati di produzione e consumo di ricovero presentano le caratteristiche ed i limiti di seguito riportati:

a) sistema Drg/Rod e relativa aggregazione in Mdc:

— i Drg non consentono una visione sintetica in quanto troppo numerosi mentre le Mdc si caratterizzano per un livello di aggregazione basato sull'organo anatomico (e quindi poco

utili per analisi gestionali) (3). La parcellizzazione eccessiva dei Drg, dal punto di vista gestionale, presenta criticità derivanti dalle microvariazioni che a livello di offerta si presentano nel mercato (piccole variazioni nei criteri di codifica possono modificare sensibilmente l'incidenza di un Drg al variare del tempo e/o del bacino, suggerendo erroneamente variazioni che non hanno nessuna giustificabilità in termini di evoluzione epidemiologica della domanda;

— i Drg, costruiti come sistema tariffario, non consentono di distinguere specifici fenomeni patologici di estremo interesse per l'analisi di mercato (ad esempio il sistema Drg non permette di evidenziare con sufficiente completezza e precisione, i ricoveri di natura oncologica);

b) segmentazioni *che si basano unicamente sulla riaggregazione dei Drg*:

— pur costituendo indubbiamente un'evoluzione del sistema MDC ereditano i medesimi limiti sopraesposti del sistema Drg con particolare riferimento al secondo punto;

c) *segmentazioni in funzione del reparto di dimissione*:

— sono inaffidabili in quanto l'associazione reparto/patologia trattata dipende da molteplici variabili rendendo impraticabile l'analisi

Box 2

Linee di prodotto (Ldp)

Prima definizione

Le Linee di prodotto sono un sistema di classificazione degli eventi di ricovero basato sui dati contenuti nelle Schede di dimissione ospedaliera che ha come obiettivo quello di riuscire a rappresentare la produzione delle strutture sanitarie oppure i consumi di uno specifico bacino territoriale — in generale un qualsiasi aggregato di eventi di ricovero — secondo un'ottica di tipo gestionale.

Tale strumento viene utilizzato per tutte le fasi di pianificazione, dall'analisi della domanda alla definizione della rete di offerta fino alla definizione degli obiettivi pluriennali ed annuali (*budget*).

tanto in termini assoluti quanto di *benchmark*; ipotizzare ad esempio che il mercato delle patologie cardiologiche si costituito dall'insieme dei dimessi dalle cardiologie è sbagliato, in quanto buona parte delle patologie cardiologiche viene dimesso anche dalle medicine, dalle geriatrie, ecc. (specialmente negli ospedali dove la cardiologia non è presente);

d) *segmentazioni basati sui Gruppi di attività omogenei*:

— i Gruppi di attività omogenei, pur rappresentando forse la miglior risposta ai quesiti finora avanzati, incontrano un limite di fattibilità intrinsecamente connesso al fatto di essere un sistema di classificazione parallelo che, quindi, richiede un complesso lavoro di analisi e rilevazioni analitiche per poter essere concretamente utilizzato;

e) *indicatori aggregati (storici, ad esempio peso medio, numero casi, valore, ecc.)*:

— implicano degli evidenti limiti di analisi in quanto per loro stessa natura (aggregata) non consentono azioni di segmentazione;

f) *analisi epidemiologiche*:

— qui citate per completezza, in quanto non nascono per analisi di tipo gestionale; l'utilizzo di studi di carattere epidemiologico è comunque fondamentale per la programmazione sanitaria di lungo periodo e per identificare le linee di tendenza della domanda sanitaria ed è quindi, a parere degli autori, un complemento obbligato all'analisi basata sulle Linee di prodotto proposta in questa pubblicazione.

Si è pertanto maturata la decisione di ricercare/creare un *nuovo strumento di segmentazione che avesse le seguenti caratteristiche*:

— visione gestionale del mercato sanitario intendendo per tale la segmentazione del mercato in insiemi di patologie a cui corrispondono diffe-

renti famiglie di processi produttivi, essendo questi ultimi differenziati per *know how*, tecnologie utilizzate ed intensità assistenziale;

— visione sintetica;

— essere il più possibile invariante rispetto i criteri di codifica utilizzati nelle singole strutture produttive;

— consentire confronti attendibili fra differenti strutture produttive a prescindere dalla struttura organizzativa ufficiale (le Ldp sono gestite da più reparti, anche in assenza del reparto con specialità specifica);

— essere sviluppato con dati già presenti nei sistemi informativi di base (Schede di dimissione ospedaliera) senza implicare la necessità di nuovi strumenti di rilevazione.

2. Le Linee di prodotto

Le Linee di prodotto, come già accennato, sono un sistema di classificazione che aggrega gli eventi di ricovero *secondo criteri gestionali*. Nel box 3 è riportato l'elenco delle Linee di prodotto nelle quali è suddiviso il *mercato* degli eventi di ricovero.

Cosa significa segmentazione *secondo criteri gestionali*?

Si sono evidenziate in premessa le criticità degli strumenti di analisi oggi normalmente utilizzati nelle Aziende sanitarie per esaminare il *mercato* dei ricoveri:

— criteri tariffari legati al consumo di risorse (Drg);

— criteri quali-quantitativi di volume complessivo (indicatori aggregati);

— criteri derivanti da valutazioni epidemiologiche.

Nessuno di questi strumenti può essere propriamente utilizzato per rispondere ad alcune semplici, quanto ovvie, domande tipiche dell'analisi di *mercato*:

— quali sono i prodotti (eventi di ricovero) richiesti dal mercato?

— quale è l'offerta attuale di tali prodotti da parte sia dell'Azienda che della concorrenza (contesto concorrenziale)?

— come strutturare la propria rete di offerta per meglio cogliere le opportunità del mercato (aree non sufficientemente presidiate dalla concorrenza)?

— come dimensionare la struttura produttiva aziendale sulla base della lettura combinata e coordinata delle informazioni relative a i punti precedenti?

Occorre una rappresentazione del mercato che sia funzionale a questo tipo di analisi ovvero che identifichi come *prodotti* famiglie di ricoveri corrispondenti a specifici processi produttivi. Il seguente esempio è utilizzato per meglio illustrare i concetti appena esposti.

Il Drg 001 *Craniotomia* comprende qualunque intervento effettuato su tale regione anatomica indipendentemente dalla patologia che ha richiesto l'atto chirurgico; viene quindi classificato nel Drg 001 tanto un aneurisma quanto una neoplasia. Secondo l'ottica Drg, basata sui livelli di consumo delle risorse, le due tipologie di intervento sono considerate analoghe. In effetti, in termini di consumo di risorse, i due interventi sono assimilabili.

In termini di gestionali i due interventi corrispondono a *cicli produttivi* diversi:

— differenti le professionalità richieste in fase sia diagnostica che terapeutica post operatoria;

— diverse le tecnologie utilizzate;

— diversi i protocolli assistenziali dei pazienti;

— diversa la terapia pre e post operatoria;

— diversa la prevenzione ed il trattamento complessivo della patologia;

— soprattutto, in termini strategici, la scelta di realizzare una neurochirurgia oncologica rispetto ad una neuro-

Box 3 - Descrizione delle Linee di prodotto

Area di prodotto (Adp)	Linea di prodotto (Ldp)	Note
Cardiovascolare	Cardiochirurgia Chirurgia cardiovascolare Emodinamica Cardiologia	<i>La «chirurgia cardiovascolare» (Ldp) comprende sostanzialmente la cardiologia interventistica; essa costituisce quindi quell'area grigia che può essere gestita anche da una struttura priva di cardiochirurgia (reparto). La «cardiologia» (Ldp) contiene esclusivamente ricoveri di natura medica.</i>
Neuroscienze	Neurochirurgia Neurologia	<i>Le Linee di prodotto chirurgiche comprese in queste aree escludono gli interventi chirurgici per patologia oncologica (segmentate in Ldp specifiche, area di prodotto «oncologia chirurgica»).</i>
Chirurgia generale	Chirurgia toracica Chirurgia digerente Chirurgia endocrinologica Chirurgia epatobiliare Chirurgia flebologica Chirurgia plastica Chirurgia generale	
Chirurgia specialistica	Ginecologia Maxillofacciale Oculistica Ortopedia e traumatologia Otorinolaringoiatria Urologia	
Oncologia chirurgica	Tumori apparato digerente Tumori apparato muscoloscheletrico Tumori apparato riproduttivo femminile Tumori apparato riproduttivo maschile Tumori mammella Tumori cervico-facciali Tumori rene e vie urinarie Tumori sistema epato biliare e pancreas Tumori sistema nervoso Tumori sistema polmonare e mediastino Tumori della pelle Tumori del sistema endocrino	<i>Le Linee di prodotto comprese in questa area riguardano esclusivamente ricoveri di natura chirurgica di «oncologia solida».</i>
Oncologia medica	Radioterapia Chemioterapia Oncologia	<i>La Linea di prodotto «oncologia» raggruppa tutti gli eventi di ricovero con patologia oncologica non chirurgici (compresi gli eventi con sola procedura di biopsia).</i>
Ematologia	Ematologia	
Materno-infantile	Nido Ostetricia Patologia neonatale Pediatria chirurgica Pediatria chirurgica alte specialità Pediatria medica	<i>Le Linee di prodotto comprese in quest'area raggruppano tutti gli eventi di ricovero relativi a pazienti pediatrici (definiti sulla base dell'età al momento del ricovero) a prescindere dal Drg specifico.</i>
Medicina generale	Dermatologia Diabetologia Endocrinologia medica Gastroenterologia Malattie infettive Nefrologia Pneumologia Medicina generale	
Riabilitazione	Riabilitazione ortopedica Riabilitazione neurologica Riabilitazione pneumologica Riabilitazione cardiologica Riabilitazione altro	<i>Le Linee di prodotto comprese in quest'area raggruppano tutti gli eventi di ricovero classificati come riabilitazione, a prescindere dal Drg specifico.</i>
Psichiatria	Psichiatria	
Trapianti	Trapianti	
Problematici	Problematici	

chirurgia d'emergenza comporta interventi di tipo organizzativo, tecnologico ed infrastrutturale completamente differenti.

Risulta ora più comprensibile definire le Ldp come un sistema di segmentazione degli eventi di ricovero che si basa sui dati contenuti nelle Sdo e il cui obiettivo è quello di identificare, in modo univoco, all'interno del mercato degli eventi di ricovero, famiglie di «prodotti» corrispondenti a processi produttivi univoci e ben differenziati che richiedono specifico *know how* professionale.

Ad esempio, la Ldp *Oncologia medica* è composta da tutti gli eventi di ricovero diagnostici e terapeutici con diagnosi di dimissione oncologica e senza interventi chirurgici (per gli eventi di ricovero oncologici di tipo chirurgico sono previste Ldp specifiche). Pertanto tale Ldp comprende i ricoveri che hanno richiesto processi produttivi di radioterapia, chemioterapia, diagnostica invasiva e non invasiva, con diagnosi oncologica positiva.

2.1. Rapporto fra le Linee di prodotto e le specialità in cui sono articolati i reparti ospedalieri

L'utilizzo delle Linee di prodotto nella realtà operativa, in particolar modo nell'ambito del processo budgetario, ha evidenziato come spesso la Linea di prodotto venga confusa dal personale clinico con l'*output* caratteristico di una specifica divisione ospedaliera (4). La forte assonanza fra le Linee di prodotto proposte e i termini utilizzati per indicare le specialità in cui è di consueto suddiviso un presidio ospedaliero può, in effetti, indurre in confusione.

Per comprendere quale sia la differenza fra Linee di prodotto e le specialità in cui sono articolati i reparti ospedalieri occorre, quindi, approfondire il

percorso che ne ha portato alla realizzazione.

Si è già detto che le Linee di prodotto nascono come strumenti di segmentazione degli eventi di ricovero con il fine di identificare famiglie di *prodotti* corrispondenti a processi produttivi univoci e ben differenziati che richiedono specifico *know how* professionale.

La genesi delle Linee di prodotto riflette, quindi, le esigenze di un'azienda ospedaliera, priva di servizi territoriali, per la quale il *mercato*, inteso come insieme dei casi che possono essere potenzialmente trattati dal presidio, coincide, in prima approssimazione, con gli eventi di ricovero consumati dalla popolazione del bacino di riferimento.

Il contesto ospedaliero di sviluppo spiega l'assonanza fra Linee di prodotto e specialità divisionali ma è al tempo medesimo l'origine della differenza fra le stesse.

Vi è *assonanza* in quanto le Linee di prodotto nascono attorno al concetto di *ciclo produttivo* e anche le specialità divisionali hanno la propria origine tradizionale nella suddivisione della casistica sulla base di diversi cicli diagnostico terapeutici. *La chiave di lettura quindi è, in linea teorica, la medesima*, ovvero si potrebbe più correttamente affermare che entrambe originano da una base semantica comune.

Nella realtà fattuale, la casistica trattata da reparti omologhi in presidi differenti o anche all'interno del medesimo presidio, è ben lungi dall'essere omogenea e quindi è difficilmente confrontabile.

La casistica trattata da ogni singolo reparto, infatti, dipende da numerosi fattori, fra cui i principali sono:

- *know how* specifico dell'organico medico;
- tradizione e *fama* del reparto;

— presenza nello stesso presidio di altri reparti che possano fungere da naturale complemento o da concorrente interno per parte della casistica;

— livello delle tecnologie diagnostiche del presidio;

— dotazione strumentale, di posti letto e di risorse umane del reparto;

— capacità del presidio nel suo insieme di attrarre casistica complessa;

— linee guida e protocolli del sistema locale regionale;

— ecc.

Non è quindi possibile attuare una classificazione dei ricoveri consumati in un bacino territoriale basandosi sul reparto di dimissione dei singoli casi.

Le Linee di prodotto, pertanto, attuando una classificazione che, basandosi sui dati contenuti della Scheda di dimissione ospedaliera (standardizzata a livello nazionale), è indipendente dal reparto di dimissione, *forniscono una chiave di lettura analoga ma omogenea*.

È possibile affermare che le Linee di prodotto forniscono una interpretazione del «mercato sanitario» che è particolarmente funzionale al punto di vista delle aziende ospedaliere, mentre, indubbiamente, non sono uno strumento adatto per compiere analisi con obiettivi differenti, ad esempio studi epidemiologici sull'evoluzione dello stato di salute della popolazione.

2.2. Come sono costruite le Linee di prodotto (Ldp)

In un primo momento si è ritenuto possibile costruire una segmentazione utilizzando unicamente i Drg e procedendo ad una loro riaggregazione sulla falsariga del sistema Mdc o di altre aggregazioni presenti in letteratura.

Subito però ci si è resi conto che lo stesso sistema Drg è, come già accennato, inadatto a rappresentare specifici fenomeni rilevanti per una lettura gestionale (si è già sottolineato che il si-

stema Drg nasce con obiettivi differenti).

In particolare è praticamente impossibile identificare, tramite i Drg, gli eventi di ricovero del tipo:

- riabilitativo;
- oncologico;
- pediatrico.

2.2.1 Riabilitazione

Esistono in effetti solo alcuni Drg di riabilitazione (Drg 249, 462, 465, 466) che rappresentano fenomeni specifici e marginali rispetto alla totalità dei ricoveri di riabilitazione. Il paziente dimesso da un reparto di riabilitazione, infatti, genera un Drg che è definito sulla base della problematica (diagnosi) che ha causato la necessità dell'intervento riabilitativo. Di fatto l'algoritmo di assegnazione del Drg non prende in considerazione, nella maggior parte dei casi, l'intervento riabilitativo determinando quindi un Drg di tipo medico legato alla patologia d'ingresso. Ad esempio la maggior parte dei ricoveri riabilitativi conseguenti a problemi ortopedici, è classificata con Drg 256 (M) *Altre diagnosi relative all'apparato muscoloscheletrico e tessuto connettivo*.

A dimostrazione di quanto affermato si elencano i primi 4 Drg riabilitativi riguardanti la produzione degli ospedali privati accreditati e pubblici della provincia di Como (35% del totale):

- 256 (M) Altre diagnosi relative all'apparato muscoloscheletrico e tessuto connettivo;
- 145 (M) Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio, senza CC;
- 012 (M) Malattie degenerative del sistema nervoso;
- 243 (M) Lombalgia.

2.2.2 Oncologia

I ricoveri non chirurgici relativi a fenomeni neoplastici (tumori solidi) sono ben rappresentati dal sistema tramite un adeguato numero di Drg di chemioterapia, radioterapia e oncologia medica. Al contrario i ricoveri chirurgici sono, nella maggior parte dei casi, *nascosti* all'interno di Drg che si riferiscono alla parte anatomica e/o l'organo sul quale viene effettuato l'intervento. Ad esempio gli interventi chirurgici per neoplasie all'apparato digerente sono classificati nel Drg 148 (C) *Interventi maggiori sull'intestino tenue e crasso, con CC* insieme ad altre patologie che originano lo stesso tipo di intervento quali le occlusioni intestinali.

2.2.3 Pediatria

Non tutti i Drg presentano la suddivisione *maggiore o minore uguale a 17 anni*; inoltre molte realtà utilizzano una diversa età per identificare i ricoveri pediatrici (si osserva il progressivo affermarsi del limite di 14 anni per l'ingresso nei reparti pediatrici)

Conseguentemente il gruppo di lavoro ha focalizzato la propria attenzione sulla necessità di creare un sistema di classificazione che consentisse di superare le criticità appena citate con il risultato di *spezzare* di fatto il Drg in differenti famiglie.

Le Linee di prodotto sono costruite a partire dai dati contenuti nella Scheda di dimissione ospedaliera; *tramite opportuni algoritmi ogni evento di ricovero viene associato ad una, ed una sola, Linea di prodotto in modo tale che sia possibile segmentare il mercato riaggregando l'insieme dei ricoveri secondo tali linee*.

Sulla base di quanto affermato in precedenza, appare chiaro come *per ottenere tale segmentazione sia necessario in molti casi spezzare il Drg*;

questo significa che lo stesso Drg può appartenere contemporaneamente a differenti Linee di prodotto. Ad esempio il Drg 001 «Craniotomia», è presente nella Ldp *Tumori del sistema nervoso* se riferito ad un evento di ricovero originato da problematiche neoplastiche, è presente nella Linea di prodotto *Pediatria chirurgica alte specialità* se trattasi di ricovero pediatrico ed è presente nella Linea di prodotto *Neurochirurgia* in tutti gli altri casi.

L'algoritmo di determinazione delle Linee di prodotto è definita, in modo sintetico, nel box 4.

È importante evidenziare che le Linee di prodotto non devono essere confuse con le «specialità» ministeriali tramite le quali sono identificati i reparti ospedalieri. Pur esistendo una logica corrispondenza concettuale fra le due classificazioni, in quanto entrambe sono generate con l'obiettivo di rappresentare ambiti produttivi differenti, la «specialità» rappresenta un sistema di classificazione delle «strutture produttive» (reparti) mentre le Ldp rappresentano la classificazione della «produzione»: lo stesso reparto gestisce più Linee di prodotto e viceversa, una Ldp può essere gestita in differenti reparti.

Esempio: la Ldp «Cardiologia» non è la rappresentazione univoca dell'*output* del reparto di cardiologia, ma l'aggregazione di eventi di ricovero che richiedono un processo produttivo finalizzato alla gestione di pazienti con problematiche cardiologiche di tipo medico (vedi box 3). Tale processo può essere gestito (e normalmente lo è) anche in altri reparti di tipo internistico. In sintesi quindi un reparto di cardiologia non ha come unico *output* la Ldp «Cardiologia» (produce anche «Emodinamica», «Chirurgia cardiovascolare», «Chirurgia flebologica», ecc.) ed al tempo stesso la Ldp «Cardiologia» è erogata anche da reparti di

medicina, neurologia, pneumologia, geriatria, ecc.

Reparti con la stessa definizione di «specialità» possono avere un *mix* produttivo con significative differenze e le Ldp rappresentano uno strumento per comprendere e visualizzare queste differenze.

Al fine di consentire livelli di valutazione a differenti gradi di analiticità le Ldp sono state riaggregate in macro-famiglie denominate «Aree di prodotto» (Adp). Le Aree di prodotto sono evidenziate nel precedente box 3.

2.3. Caratteristiche delle Linee di prodotto

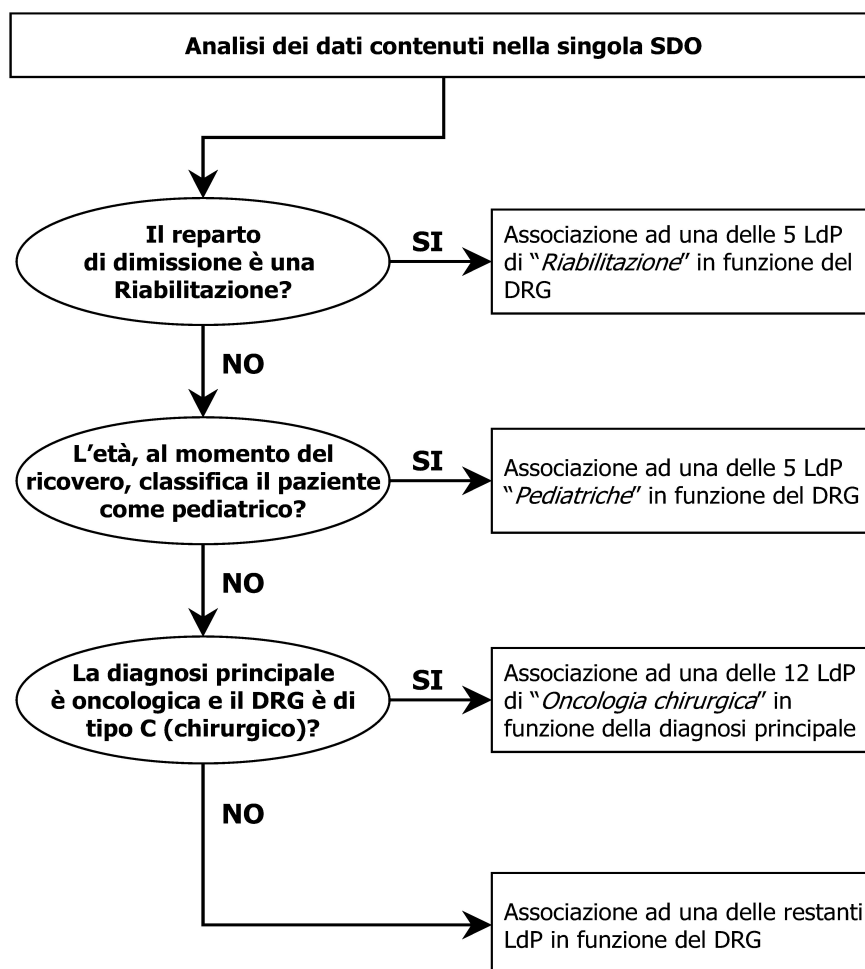
Si elencano ora le caratteristiche peculiari che rendono le Linee di prodotto uno strumento di analisi versatile che rende l'esperienza proposta applicabile ad altri tipi di analisi e nella generalità delle aziende sanitarie:

a) ogni evento di ricovero è associato in modo univoco ad una, ed una sola, Ldp, secondo regole predefinite, comprensibili e che si basano su informazioni contenute nella Scheda di dimissione ospedaliera (Sdo),

informazioni univoche a livello nazionale. Tale sistema di regole può facilmente essere modificato al fine di adattare l'analisi ad esigenze specifiche dipendenti sia dal contesto aziendale che dalle scelte specifiche di utilizzo (*budget*, pianificazione strategica, analisi domanda, dimensionamento della rete di offerta ospedaliera, ecc.);

b) le Ldp forniscono una segmentazione per processo produttivo indipendente dal reparto di dimissione e, quindi, consentono di comparare la

Figura box 4 - Algoritmo di determinazione delle Linee di prodotto



produzione di strutture erogatrici differenti;

c) tramite il sistema delle aree e delle linee, viene fornita una visione caratterizzata da diversi gradi di sintesi in funzione delle diverse esigenze di analisi;

d) la segmentazione del mercato in *famiglie di eventi di ricovero*, che raggruppano insieme di Drg, consente di attenuare, e spesso annullare, le variazioni che si registrano nell'analisi della domanda effettuata per singolo Drg derivanti, ad esempio, dall'adozione di differenti criteri di codifica a fronte della stessa tipologia di casistica (5).

3. Uso delle Linee di prodotto

Le Linee di prodotto create inizialmente come strumento di segmentazione del «mercato» per l'analisi della domanda per definire il dimensionamento del nuovo ospedale S. Anna di Como, possiedono un insieme di caratteristiche che le rendono utili anche per altri tipi di analisi.

Infatti, dalla loro creazione, le Ldp sono state utilizzate in differenti ambiti e per differenti scopi; in particolare:

1) *analisi della domanda* espressa da parte di un determinato bacino territoriale e posizionamento competitivo dell'Azienda rispetto al mercato;

2) *dimensionamento della rete di offerta aziendale*;

3) *attività di benchmark*: confronto delle caratteristiche di produzione dei propri reparti con i dati di produzione medi delle strutture del territorio interessato;

4) *analisi della produzione interna* dei presidi e dei reparti;

5) *definizione degli obiettivi di budget aziendale*.

3.1. Analisi della domanda

L'analisi della domanda è stata effettuata a partire dall'insieme di ricoveri consumati dai residenti della Provincia di Como presso una qualsiasi struttura nazionale. Ogni evento di ricovero è stato associato ad una Ldp consentendo in tal modo:

— la *segmentazione del mercato*;

— la valutazione dell'andamento nel tempo dei *consumi* in ogni segmento;

— la quota di mercato dell'Azienda in ogni segmento;

— la suddivisione sui differenti ambiti territoriali nei quali si è segmentata l'area provinciale.

L'analisi della domanda per Ldp permette di superare la dispersione che verrebbe a crearsi tramite una analisi per Drg, peraltro limitata per le cause sopra indicate; al tempo stesso consente una visione molto precisa della composizione quali-quantitativa della domanda, cosa che gli indicatori classici aggregati, ad esempio il valore dei ricoveri suddivisi per tipologia di mobilità, non consentono. L'analisi per Ldp permette di confrontare facilmente la domanda con le unità di offerta sul territorio.

Nei box 4 e 5 sono riportati i valori relativi ai Drg consumati nell'anno 2000 dai residenti della provincia di Como (le medesime tabelle possono essere riprodotte in relazione al numero di casi, punti Drg, giornate di degenza, degenza media, peso medio, valore medio, ecc.). In particolare il box 4 suddivide la casistica per aree di prodotto ed in relazione alla tipologia di produttori (dove si intende per Azienda S. Anna l'insieme dei presidi afferenti all'azienda; per *Privati territorio* l'insieme delle strutture private concorrenti sul medesimo territorio; per *Aziende esterne* i presidi extra-provinciali pubblici e privati che hanno gestito pazienti residenti nella pro-

vincia) e successivamente riporta il dettaglio di una area in Linee di prodotto. Nel box 5, invece una delle Linee di prodotto dell'esempio precedente è suddivisa negli ambiti territoriali della provincia, identificando le quote di mercato dei singoli produttori.

Analizzando ad esempio i dati nel box 4 è evidente che l'area di gran lunga più interessata in termini di valore è quella relativa alle Ldp afferenti alla *Chirurgia specialistica* rispetto a quelle normalmente più «gettonate» di *Cardiovascolare*, *Neuroscienze* e *Oncologica* ed è possibile notare come tale area sia una di quelle in cui l'Azienda cede maggior spazio ai concorrenti (quindi con maggiori potenzialità di espansione). Nel dettaglio sulla Linea di prodotto (box 5) si evidenzia come le Ldp di maggior potenzialità sono quelle di *Chirurgia digestiva* e *Chirurgia flebologica*.

In termini strategici, in seguito all'analisi di questi dati, l'Azienda ha rivisto le proprie posizioni storicamente focalizzate sul (ricercato) sviluppo delle specialità «di punta» (cardiologia e neurochirurgia) comprendendo come invece le maggiori potenzialità del mercato risiedessero in alcune specifiche specialità chirurgiche a larga diffusione (esempio: chirurgia digestiva).

L'analisi dei dati contenuti nel box 5 ha consentito di identificare le aree geografiche nelle quali potenziare l'offerta (ad esempio l'apertura di nuovi ambulatori o il potenziamento di reparti nei presidi presenti nel territorio).

3.2. Dimensionamento della rete di offerta aziendale

Le Ldp sono state alla base del processo di pianificazione utilizzato per definire il fabbisogno di posti letto del nuovo presidio ospedaliero S. Anna in

relazione alla domanda territoriale così come definita nel punto precedente e in relazione ad una ipotesi di razionalizzazione dell'intera rete di offerta (suddivisione delle quote di mercato fra i diversi presidi dell'Azienda).

In estrema sintesi il processo di pianificazione ha previsto le seguenti fasi:

1) stima della domanda di ricoveri per ogni Linea di prodotto sulla base dei trend evolutivi storici e sulla base

della valutazione espressa dai responsabili dei dipartimenti.

Definizione di obiettivi di copertura di ogni Ldp da parte dell'Azienda nel suo complesso e di ogni presidio afferente (razionalizzazione della rete

Box 4 - Analisi della domanda per Linee di prodotto

Anno	2000
Regime	Ordinari + day hospital

Area	Azienda S. Anna	Privati territorio	Aziende esterne	Totale
01 Area cardiovascolare	€ 11.743.513	€ 6.842.228	€ 13.521.559	€ 32.107.300
02 Area neuroscienze	€ 4.536.188	€ 4.845.522	€ 4.406.359	€ 13.788.069
03 Area chirurgia generale	€ 11.295.217	€ 12.624.694	€ 7.013.046	€ 30.932.958
04 Area chirurgia specialistica	€ 27.587.045	€ 27.162.971	€ 15.054.882	€ 69.804.899
05 Area oncologia chirurgica	€ 8.607.295	€ 6.489.867	€ 6.392.518	€ 21.489.679
06 Area oncologia medica	€ 2.406.754	€ 3.161.132	€ 2.435.263	€ 8.003.149
07 Area ematologia	€ 2.006.149	€ 1.504.243	€ 1.612.377	€ 5.122.770
08 Area materno-infantile	€ 12.870.962	€ 10.540.497	€ 7.293.595	€ 30.705.055
09 Area medicina generale	€ 16.392.703	€ 10.578.292	€ 4.784.556	€ 31.755.551
10 Area riabilitazione	€ 115.317	€ 18.642.743	€ 6.402.388	€ 25.160.448
11 Area psichiatria	€ 2.640.467	€ 2.611.185	€ 395.980	€ 5.647.632
12 Area trapianti	-	-	€ 919.559	€ 919.559
13 Area problematici	€ 1.640	-	€ 530	€ 2.171
Totale complessivo	€ 100.203.251	€ 105.003.375	€ 70.232.613	€ 275.439.238

Anno	2000
Area	03 Area chirurgia generale
Regime	Ordinari + day hospital

Linea	Azienda S. Anna	Privati territorio	Aziende esterne	Totale
0301 Chirurgia toracica	€ 138.042	€ 544.567	€ 840.622	€ 1.523.231
0302 Chirurgia digerente	€ 3.512.560	€ 4.305.331	€ 1.232.019	€ 9.049.909
0303 Chirurgia endocrinologica	€ 145.418	€ 132.240	€ 285.867	€ 563.525
0304 Chirurgia epatobiliare	€ 1.793.279	€ 1.938.418	€ 548.034	€ 4.279.731
0305 Chirurgia flebologica	€ 1.834.270	€ 3.302.647	€ 2.081.830	€ 7.218.747
0306 Chirurgia plastica	€ 1.860.616	€ 569.649	€ 575.080	€ 3.005.345
0307 Chirurgia generale	€ 2.011.033	€ 1.831.841	€ 1.449.594	€ 5.292.469
Totale complessivo	€ 11.295.217	€ 12.624.694	€ 7.013.046	€ 30.932.958

di offerta); in sintesi l'Azienda si è posta degli obiettivi di quota di mercato nel medio periodo e per ogni Ldp, tenendo conto degli obiettivi di *mission*, delle proprie capacità competitive e dei livelli di offerta dei concorrenti;

2) definizione dei principali parametri gestionali attesi (degenza media, peso medio, tasso di occupazione letti, ecc.) sempre per ogni Ldp;

3) calcolo del fabbisogno qualitativo/quantitativo dei posti letto.

Il processo appena descritto è sinteticamente illustrato relativamente ai risultati nel box 6.

Occorre, nuovamente, sottolineare come la possibilità di condurre tale analisi per Ldp consenta di effettuare

Box 5 - Analisi della domanda per Linee di prodotto (suddivisione per ambito territoriale)

Anno	2000
Area	03 Area chirurgia generale
Linea	0302 Chirurgia digerente
Regime	Ordinario

	Como	Lago occ.	Lago or.	Erbese	Canturino	Olgiatese	Esterni
Azienda S. Anna	€ 496.199	€ 481.089	€ 110.587	€ 247.421	€ 1.032.593	€ 577.966	€ 544.884
Privati territorio	€ 768.555	€ 503.423	€ 188.431	€ 1.158.073	€ 327.065	€ 321.630	€ 979.638
Aziende esterne	€ 68.720	€ 84.457	€ 43.642	€ 155.602	€ 404.864	€ 407.694	-
Totale complessivo	€ 1.333.475	€ 1.068.970	€ 342.660	€ 1.561.096	€ 1.764.522	€ 1.307.290	€ 1.524.522
% azienda S. Anna	37,2%	45,0%	32,3%	15,8%	58,5%	44,2%	35,7%
% privati territorio	57,6%	47,1%	55,0%	74,2%	18,5%	24,6%	64,3%
% aziende esterne	5,2%	7,9%	12,7%	10,0%	22,9%	31,2%	-

Anno	2000
Area	03 Area chirurgia generale
Linea	0302 Chirurgia digerente
Regime	Day hospital

	Como	Lago occ.	Lago or.	Erbese	Canturino	Olgiatese	Esterni
Azienda S. Anna	€ 877	€ 3.412	-	-	€ 6.838	€ 4.188	€ 6.504
Privati territorio	€ 12.454	€ 1.754	€ 1.815	€ 10.649	€ 6.473	€ 19.374	€ 5.998
Aziende esterne	€ 2.988	€ 877	€ 938	€ 938	€ 20.838	€ 40.461	-
Totale complessivo	€ 16.319	€ 6.043	€ 2.753	€ 11.587	€ 34.149	€ 64.023	€ 12.502
% azienda S. Anna	5,4%	56,5%	-	-	20,0%	6,5%	52,0%
% privati territorio	76,3%	29,0%	65,9%	91,9%	19,0%	30,3%	48,0%
% aziende esterne	18,3%	14,5%	34,1%	8,1%	61,0%	63,2%	-

Box 6 - Utilizzo delle Linee di prodotto per il dimensionamento della rete di offerta aziendale (nuovo ospedale S. Anna)

Azienda ospedaliera Sant'Anna - Como - CdG Controllo di gestione e S.I.

Calcolo dei *posti letto teorici* necessari alla *produzione attuale* dell'azienda S. Anna in funzione della *degenza media* e del *peso medio attuale* (colonna A)Calcolo dei *posti letto teorici* necessari alla *produzione attuale* dell'azienda S. Anna in funzione della *degenza media* e del *peso medio best practice* (colonna B)

		Tasso occupazione						98%	Tasso occ.		98%
		Colonna A						Colonna B			
Aree e linee produttive		Casi	Valore	Degenza media		Peso medio		Posti letto con dati S. Anna (2)	Best practice (1)		
		S. Anna	S. Anna	S. Anna	Best practice (1)	S. Anna	Best practice (1)		Valore	Posti letto (2)	
Area chirurgica	Cardiochirurgia	31	1.119	12,5	12,5	6,5143	7,1111	1	1.222	1	
	Chirurgia cardiovascolare	199	2.448	7,4	7,6	2,2417	2,7051	4	2.954	4	
	Emodinamica	1.015	8.476	7,4	6,8	1,5514	1,5503	21	8.470	19	
	Neurochirurgia	191	866	3,5	2,7	0,9492	0,8505	2	776	1	
	Chirurgia toracica	12	185	22,8	14,1	2,3210	2,5061	1	200	0	
	Chirurgia digerente	665	3.529	7,4	4,9	0,9801	0,8988	14	3.236	9	
	Chirurgia endocrinologica	47	210	7,2	5,9	0,8463	0,8626	1	214	1	
	Chirurgia epatobiliare	238	1.769	10,6	7,8	1,4132	1,3922	7	1.742	5	
	Chirurgia flebologica	269	1.813	6,7	3,2	1,3009	1,1674	5	1.627	2	
	Chirurgia plastica	480	2.585	6,1	3,2	1,1054	0,9874	8	2.309	4	
	Chirurgia generale	402	2.470	8,4	5,9	1,2728	1,1414	9	2.215	7	
	Ginecologia	1.372	3.381	2,7	2,7	0,5717	0,6597	10	3.901	10	
	Maxillofaciale	694	2.944	5,6	2,9	0,8928	0,8843	11	2.916	6	
	Oculistica	1.530	2.702	2,2	1,2	0,4929	0,4925	10	2.700	5	
	Ortopedia e traumatologia	2.824	14.736	7,3	5,1	1,0728	1,0399	57	14.285	40	
	Otorinolaringoiatria	1.138	6.883	5,9	5,6	1,1533	2,7835	19	16.612	18	
	Urologia	2.260	6.703	4,5	4,5	0,7492	0,7484	28	6.696	28	
	Tumori apparato digerente	248	2.251	15,5	15,8	1,7956	2,4983	11	3.132	11	
	Tumori apparato muscoloscheletrico	36	154	8,6	7,9	0,9990	1,1610	1	179	1	
	Tumori apparato riproduttivo femminile	117	679	10,8	9,4	0,9696	1,3444	4	941	3	
	Tumori apparato riproduttivo maschile	375	999	4,1	4,1	0,7758	0,9279	4	1.195	4	
	Tumori mammella	181	629	9,3	7,7	0,8284	0,8110	5	616	4	
	Tumori cervico-facciali	182	1.133	12,9	5,6	1,3477	1,3589	7	1.142	3	
	Tumori rene e vie urinarie	479	2.417	6,9	7,1	1,0057	1,1046	9	2.655	9	
	Tumori sistema epato biliare e pancreas	129	844	11,5	11,6	1,4719	1,8450	4	1.058	4	
	Tumori sistema nervoso	64	196	11,2	10,1	0,9040	1,4165	2	307	2	
	Tumori sistema polmonare e mediastino	406	2.082	12,3	12,7	1,3840	2,0366	14	3.064	14	
Tumori della pelle	481	1.435	3,3	3,2	0,6993	0,8135	4	1.669	4		
Tumori del sistema endocrino	15	91	17,2	6,8	1,2033	1,2955	1	98	0		
Trapianti		0	0,0	0,0	0,0000	0,0000	0	-	-		
Totale area chirurgica		16.080	75.729	6,1	4,8	0,9933	1,1295	274	88.130	223	
Area materno infantile	Nido	951	856	3,4	3,8	0,2252	0,2252	9	856	10	
	Ostetricia	1.932	5.042	4,1	4,2	0,3875	0,3826	22	4.978	22	
	Patologia neonatale	530	3.850	10,3	9,5	1,3845	1,4256	15	3.964	14	
	Pediatria chirurgica	977	2.489	2,6	2,5	0,5588	0,7406	7	3.299	7	
	Pediatria chirurgica alte specialità	15	287	16,0	9,3	3,1176	3,1425	1	289	0	
Pediatria medica	2.632	5.928	3,4	3,3	0,6377	0,6286	25	5.844	24		
Totale area materno infantile		7.037	18.452	4,0	3,9	0,5639	0,5576	79	19.231	78	
Area medica	Cardiologia	1.816	6.257	8,8	7,9	0,8227	0,9054	45	6.886	40	
	Neurologia	1.421	5.201	10,2	8,5	0,8335	0,8939	41	5.578	34	
	Radioterapia	271	1.275	8,5	0,0	0,9886	0,9886	6	1.275	-	
	Chemioterapia	750	2.278	5,5	3,2	0,6095	0,6095	12	2.278	7	
	Oncologia	392	588	4,8	5,2	0,5253	1,0230	5	1.144	6	
	Ematologia	555	2.571	9,3	7,3	1,0970	1,0897	14	2.554	11	
	Dermatologia	490	1.160	8,2	6,8	0,6414	0,6940	11	1.255	9	
	Diabetologia	862	1.059	3,6	2,9	0,7513	0,7509	9	1.058	7	
	Endocrinologia medica	77	201	8,4	7,0	0,7295	0,7518	2	207	2	
	Gastroenterologia	1.623	4.820	7,9	6,6	0,7368	0,7848	36	5.134	30	
	Malattie infettive	609	3.958	12,3	10,9	1,2595	1,2404	21	3.898	19	
	Nefrologia	242	1.060	10,3	10,2	1,2831	1,2896	7	1.065	7	
	Pneumologia	1.396	5.894	10,5	10,1	0,9772	1,1710	41	7.063	39	
	Medicina generale	1.703	3.682	6,3	6,1	0,6481	0,6877	30	3.907	29	
	Riabilitazione	40	141	10,3	7,2	0,6638	0,7406	1	157	1	
	Psichiatria	905	2.750	9,2	9,9	0,8233	0,8393	23	2.804	25	
Problematici	8	3	2,8	0,0	0,0000	0,0000	0	-	-		
Totale area medica		13.160	42.898	8,3	7,1	0,8168	0,8517	304	46.265	265	
Totale complessivo		36.277	137.079	6,5	5,5	0,8460	0,9212	656	153.626	566	

(1) La *best practice* è calcolata come il migliore valore di degenza e peso fra le medie, per singole linee produttive, dell'Azienda ospedaliera S. Anna e dei concorrenti privati del territorio.

(2) Comprensivi di rianimazione, unità coronarica, terapia intensiva neonatale e patologia neonatale, psichiatria. Esclusi: letti tecnici di dialisi (32), culle del nido (20).

Incremento peso medio	8,89%
Riduzione degenza media	- 14,73%

Incremento di efficienza	23,63%
--------------------------	--------

stime previsionali maggiormente affidabili in quanto attuate per segmenti produttivi «omogenei» (caratteristica «gestionale» delle Ldp).

3.3. Attività di benchmark

Chi si occupa di strumenti di valutazione dell'attività sanitaria sa bene quanto sia difficoltosa l'individuazione di termini di paragone per verificare la produzione dei propri reparti/servizi.

Parametri come la degenza media complessiva/trimmata/preoperatoria, il peso medio Drg, la % dei casi *day hospital/surgery*, ecc., forniscono un confronto non sempre affidabile anche se relativi a reparti della medesima specialità. Ciò avviene perché il *benchmark* di produzione non può prescindere dalla omogeneità della casistica trattata che, come già affermato, può differire, anche in modo significativo, all'interno dello stesso gruppo omogeneo per specialità. Infatti il *mix* di produzione del reparto è influenzato da un complesso insieme di fattori, fra cui le caratteristiche della domanda stessa, della disponibilità di posti letto, delle tecnologie disponibili, delle specificità professionali dei medici, dalla capacità di attrazione della struttura ospedaliera.

L'utilizzo delle Ldp consente invece di effettuare *benchmark* omogenei a prescindere dal reparto di dimissione come meglio si evince dall'esempio riportato nel box 7.

Il primo confronto fra la degenza media delle chirurgie, che porterebbe a definire la prima come più efficiente (8,32 vs. 8,60), rischia di fuorviare la valutazione; è difficile infatti paragonare tale dato fra due entità organizzative il cui *case mix* potrebbe essere molto differente (condizione non rara). Tale paragone, quindi, si limita a registrare una differenza, senza fornir

re informazioni utili per comprenderne le cause.

Il confronto effettuato per Ldp, invece, consente di paragonare segmenti omogenei di produzione delle due chirurgie, suggerendo molteplici elementi di analisi.

In primo luogo, chiarisce in maniera immediatamente comprensibile la specificità produttiva dei due reparti: la chirurgia 2 è fortemente specializzata sulla Ldp «Chirurgia digestiva» (comprensiva della parte oncologica) mentre la prima non appare avere un ambito prevalente di focalizzazione (Ldp differenti e diffuse).

In secondo luogo, è ora possibile effettuare un confronto molto più affidabile in relazione alle specifiche Ldp; tale confronto evidenzia come in realtà la chirurgia 2 sia, in generale, più efficiente della chirurgia 1 in quanto per ognuna delle Ldp trattate ha una degenza media minore.

È evidente che questo tipo di analisi non è l'unico che consente di identificare differenze nel *case mix* di produzione, ma è indubbiamente un sistema che fornisce molte informazioni utili per determinare quali sono le differenze e le loro cause.

Un secondo esempio è riportato nel box 8. Le Ldp sono ancora più utili se si vuole paragonare la produzione dei propri reparti con dei dati di riferimento provinciali o regionali. A maggior ragione in una simile analisi paragonare i dati gestionali della cardiologia con la media dei medesimi dati delle cardiologie regionali risulta essere poco affidabile. Infatti a livello regionale sono assimilati reparti di cardiologia molto differenti fra di loro (dalla cardiologia dell'ospedale di provincia di 200 posti letto alla cardiologia ultra specialistica di un ospedale di riferimento regionale/nazionale) che non possono non essere altrettanto differenti in termini di *case mix* di produzione. Ancora una volta il confron-

to per Ldp risolve tale problema riportando i termini di paragone (*benchmark*) in ambiti omogenei (Ldp).

3.4. Analisi della produzione interna dei presidi e dei reparti

L'intera produzione dei presidi ospedalieri dell'Azienda è stata segmentata, per reparto, e per Ldp; in tal modo è stato possibile comprendere quali sono le unità di offerta che intervengono nella gestione di ogni Ldp. Allo stesso tempo, usando una differente chiave di lettura, è stato possibile definire quali sono le Linee di prodotto che compongono l'offerta di ogni reparto. Si evidenziano, per singola Ldp la distribuzione della produzione nei differenti reparti e presidi aziendali. È stato inoltre utilizzato un codice colore per meglio evidenziare quali sono i reparti che maggiormente contribuiscono alla gestione della Ldp: in verde i reparti che contribuiscono per una percentuale maggiore del 20%, in gialla quelli che hanno una percentuale minore.

Come sono state utilizzate le informazioni contenute nelle tabelle?

Un primo utilizzo riguarda la razionalizzazione delle reti di offerta ospedaliera. L'Azienda ospedaliera S. Anna, infatti, come molte altre, si trova in un contesto multipresidio con la necessità di definire il ruolo di ciascun presidio afferente; la scelta strategica è stata quella di assegnare al presidio ospedaliero di Como (S. Anna) il ruolo di riferimento provinciale per le alte e medie specialità mentre per le altre strutture sul territorio si è optato per un ruolo di ospedale di *prossimità*, con la funzione di soddisfare principalmente la domanda locale in relazione alle specialità di media complessità. I dati in tabella sono stati utilizzati per proporre una diversa riallocazione dell'offerta dei diversi presidi.

Un secondo utilizzo ha riguardato la razionalizzazione dell'offerta specifica dei reparti in relazione ad ogni singola Ldp; ad esempio, dalla tabella è possibile notare che esiste un insieme di Ldp la cui gestione è parcellizzata in più reparti e presidi. L'intervento di razionalizzazione, attuato dalla Direzione sanitaria sulla base di tale chiave di lettura, di proporre la razionalizzazione dell'offerta con l'obiettivo di incrementare il grado di specializzazione dei reparti.

3.5. Definizione degli obiettivi di budget aziendale.

L'assegnazione degli obiettivi produttivi di *budget* di ogni reparto è avvenuta per Linea di prodotto. In sintesi si sono analizzati gli andamenti storici dei *case mix* per Ldp e confrontati gli stessi con l'analisi del mercato.

Nel box 9 è riportato, a titolo di esempio, un estratto della scheda di *budget* di una delle 5 medicine generali dell'Azienda relativa agli obiettivi di produzione per Ldp.

Alla medicina è stato chiesto di ridurre i ricoveri relativi alla Ldp *Pneumologia* ed al tempo stesso di incrementare quelli di *Gastroenterologia*. Il primo obiettivo è stato richiesto in quanto nel presidio è presente un reparto di pneumologia (si è quindi cercato di riallocare tale Ldp al reparto che preposto). Il secondo obiettivo è originato da considerazioni derivanti dall'analisi del mercato che evidenziano come la Ldp *Gastroenterologia* costituisca un mercato di ampie dimensioni scarsamente coperto dall'Azienda e quindi rappresenti un'interessante possibilità di espansione.

4. Conclusioni e prospettive

L'analisi del «mercato» dei ricoveri per Linee di prodotto vuole essere una evoluzione strumentale a supporto

dell'utilizzo gestionale del sistema Drg. La possibilità di avere un sistema di confronto degli eventi di ricovero che sia indipendente dai differenti criteri utilizzati dalle singole strutture ospedaliere ed al tempo stesso fornisca una visione *orientata al mercato* produce, a parere di chi scrive, grande flessibilità e, al tempo stesso, grande potenzialità di analisi. Nell'articolo ne sono stati riportati solo alcuni esempi.

Fra gli elementi a vantaggio di questo strumento di analisi vi è indubbiamente la possibilità di utilizzare tutti i

dati già rilevati nel sistema Sdo, standardizzato a livello nazionale. Ciò rappresenta anche uno dei principali limiti in quanto senza la disponibilità dei dati analitici a livello di singola Sdo il sistema non è applicabile.

Un altro fattore che limita l'utilizzo dello strumento è dato dal fatto che le Linee di prodotto forniscono una interpretazione del *mercato sanitario* funzionale al punto di vista delle aziende ospedaliere; esse pertanto possono essere utilizzate proficuamente sia dalle stesse aziende ospeda-

Box 7 - Benchmark fra due reparti di chirurgia generale

Chirurgia generale 1

	Casi trattati	Giornate di degenza	Degenza media
Ricoveri ordinari:	1.179	9.810	8,32
Scomposizione per linee di prodotto (prime 5)	Casi trattati	Giornate di degenza	Degenza media
0305 Chirurgia flebologica	363	2.249	6,20
0307 Chirurgia generale	220	1.761	8,00
0904 Gastroenterologia	198	1.480	7,47
0302 Chirurgia digerente	176	1.562	8,88
0301 Chirurgia toracica	42	884	21,05
Altre Linee di prodotto	180	1.874	10,41

Chirurgia generale 2

	Casi trattati	Giornate di degenza	Degenza media
Ricoveri ordinari:	1.215	10.451	8,60
Scomposizione per linee di prodotto (prime 5)	Casi trattati	Giornate di degenza	Degenza media
0302 Chirurgia digerente	421	2.695	6,40
0904 Gastroenterologia	210	1.444	6,88
0501 Tumori apparato digerente	190	2.664	14,02
0304 Chirurgia epato biliare	142	1.450	10,21
0305 Chirurgia flebologica	55	330	6,00
Altre Linee di prodotto	197	1.868	9,48

liere (per analizzare il prodotto interno o il mercato potenziale di un'azienda ospedaliera, definire obiettivi di *budget* di reparti in un'ottica di governo clinico, ecc.), sia da aziende sanitarie territoriali (per verificare comportamenti opportunistici dei produttori, comprendere le ragioni della mobilità degli utenti, definire i contratti annuali, ecc.), ma si prestano difficilmente per analisi con obiettivi differenti quali, ad esempio, studi epidemiologici sull'evoluzione dello stato di salute della popolazione.

Fra le prospettive di sviluppo, oltre al continuo perfezionamento dei criteri di aggregazione, vi è la volontà da parte degli autori di definire un sistema di classificazione analogo per le prestazioni ambulatoriali per incominciare a porre le basi per l'elaborazione di analisi basate sul concetto di *filiera produttiva*, da intendersi, in questo contesto, quale elemento di valutazione di tutti gli eventi di «contatto» con le strutture erogatrici di «salute» e la loro connessione con riferimento *all'unità di analisi* «paziente».

(1) Lo strumento è stato concepito e progressivamente sviluppato dagli autori nell'ambito di esperienze consulenziali presso le seguenti strutture: Azienda ospedaliera San Filippo Neri di Roma, Azienda ospedaliera di Cremona, Asl di La Spezia, Azienda ospedaliera S. Anna di Como. L'esperienza riportata è stata condotta con il fondamentale contributo delle Direzioni sanitarie delle strutture citate, per il quale gli autori desiderano ringraziare tutti coloro che vi hanno, nel corso degli anni, partecipato: in particolare la dott.ssa Flori De Grassi direttore sanitario dell'Azienda San Filippo Neri e la dott.ssa Annalisa Fumagalli direttore sanitario del Presidio ospedaliero S. Anna di Como.

(2) L'obiettivo del gruppo di lavoro, in sintesi, è stato quello di concentrare l'attenzione sul «mercato» per comprendere: le caratteristiche quali-quantitative della domanda, il contesto competitivo (come è coperta la domanda da parte dell'Azienda e dei suoi concorrenti), il confronto della propria produzione con la do-

manda e con la produzione dei concorrenti (*benchmark*).

(3) Questo concetto viene ripreso ed approfondito nel seguito.

(4) Il primario di un reparto di malattie infettive, ad esempio, si è mostrato stupito, quasi indignato, in quanto nella scheda di *budget* la produzione della sua divisione risultava essere focalizzata sulla Linea di prodotto «Malattie infettive» solo per il 25% dei dimessi. La restante parte dei ricoveri trattati era suddivisa sulle Linee di prodotto «Dermatologia», «Medicina generale», «Neurologia» e «Pneumologia». In realtà si è dovuto spiegare che al primario che la stessa Linea di prodotto può essere gestita da specialità differenti e che lo stesso reparto può, correttamente, trattare molteplici linee di reparto. Nel caso specifico, ad esem-

pio, alcune tipi di polmoniti (linea «Pneumologia») dovevano essere trattate nel reparto di malattie infettive.

(5) Spesso analizzando i consumi di ricoveri di diversi bacini territoriali (mercati) o relativi a diverse annualità, si registrano significative variazioni nella presenza percentuale di alcuni specifici Drg in relazione alla domanda complessiva. Ad esempio nell'anno 2000 nella provincia di Como il Drg 445 «Lesioni traumatiche, età > 17 anni, senza CC» ha avuto una frequenza media di 33 casi su 10.000 nel distretto di Cantù e di soli 3 casi su 10000 nel distretto di Como. Una simile differenza a pari ad 1 ordine di grandezza non è evidentemente spiegabile se non tramite l'ipotesi di differenti criteri di codifica della Sdo. La Ldp «Ortopedia e traumatologia», invece, ha una frequenza

Box 8 - Benchmark fra due reparti di chirurgia generale

Cardiologia (compreso UCC)

	Casi trattati	Giornate di degenza	Degenza media
Ricoveri ordinari:	1.647	11.722	7,12
Scomposizione per linee di prodotto (prime 5)	Casi trattati	Giornate di degenza	Degenza media
0104 Cardiologia	953	6.794	7,13
0103 Emodinamica	175	1.137	6,50
0102 Chirurgia cardiovascolare	153	1.225	8,01
0305 Chirurgia flebologica	102	520	5,10
0101 Cardiochirurgia	36	496	13,80
Altre Linee di prodotto	228	1.550	6,80

Dati medie delle cardiologie lombarde (compreso UCC)

	Casi trattati	Giornate di degenza	Degenza media
Ricoveri ordinari:	89.025	612.023	6,87
Scomposizione per linee di prodotto (prime 5)			Degenza media
0104 Cardiologia			7,75
0103 Emodinamica			7,16
0102 Chirurgia cardiovascolare			7,32
0305 Chirurgia flebologica			3,54
0101 Cardiochirurgia			12,31

Box 9 - Estratto di scheda di *budget* di un reparto di medicina

Centro di responsabilità	Dati storici		Dati di riferimento per <i>benchmark</i>			BDG
	2000	2001	BCMK interno media	BCMK interno <i>best practice</i>	Dati regionali	Potenzialità di offerta 2002
0180 Medicina						

NB: pesi Drg attualizzati alla versione Drg HCFA 14 mentre le tariffe rimangono quelle storiche.
Anche i «ridistribuiti» sono stati calcolati sulla base della versione Drg HCFA 14.

DATI DI STRUTTURA						
Posti letto operativi ordinari medi annuali	64,0					64,0
Tasso di occupazione dimessi Tasso di occupazione trattati (redistribuiti)	95%		83,6% 83,8%	102,1% 103,1%	87,6%	95%
Posti letto operativi <i>day hospital</i> medi annuali	2,0					2,0
Tasso di occupazione (5 gg/sett)	317%		211,8%	634,8%	74,9%	317%
N. annuo di sedute di sala operatoria (elezione)	0					0
Casi chirurgici per seduta Punti Drg dei casi chirurgici per seduta	0,0 0,0		0,0 0,0	0,0 0,0		0,0 0,0

RICOVERI ORDINARI						
Casi dimessi	1.836	1.910				2.219
% Casi chirurgici	2,0%	2,0%	1,4%	2,1%	0%	
% Casi 0-1 giorno % Casi oltresoglia	4,2% 3,5%	5,2% 3,9%	6,8% 3,3%	2,4% 1,7%		5,2% 3,0%
Valore dimessi	€ 4.316.375	€ 4.509.444				€ 5.035.052
Valore medio per caso	€ 2.351	€ 2.361	€ 2.206	€ 2.386		€ 2.269
Valore medio per caso chirurgico Valore medio per caso medico	€ 14.287 € 2.105	€ 12.247 € 2.160	€ 10.550 € 2.083	€ 19.791 € 2.274		€ – € 2.269
Peso medio Drg	0,9316	0,9365	0,9014	0,9497		0,9200
Peso medio Drg chirurgico Peso medio Drg medico	4,6334 0,8554	3,9200 0,8759	3,3740 0,8656	5,8035 0,8792		0,9200
Degenza media dimessi	11,2	11,6	10,8	8,9	10,2	10,0
Deg. Media trimmata (escl. 0-1 gg e oltresoglia)	10,6	10,8	10,5	8,5		
Degenza media preoperatoria	8,0	9,7	8,0	3,9		
Degenza media per punto Drg Giornate in rianimazione Rapporto giornate in rianimazione/dimessi	12,1 358 0,19	12,3 304 0,16	12,0 0,22	9,4 0,00		353 0,16

segue **Box 9 - Estratto di scheda di budget di un reparto di medicina**

Linee produttive - Percentuale dimessi delle prime 5						
0104 Cardiologia	26,1%	27,8%				25,0%
0908 Medicina generale	12,4%	14,4%				15,0%
0907 Pneumologia	12,9%	12,5%				10,0%
0904 Gastroenterologia	13,2%	10,7%				20,0%
0202 Neurologia	9,9%	10,1%				10,0%
		75,4%				80,0%

RICOVERI ORDINARI TRATTATI (RIDISTRIBUITI)						
Casi trattati (redistribuiti)	2.011	2.086				2.423
Valore trattati (redistribuiti)	€ 4.221.596	€ 4.614.693				€ 5.152.568
Degenza media trattati (redistribuiti)	10,4	10,9	10,3	8,2		9,4

RICOVERI DAY HOSPITAL						
Casi dimessi	265	374				374
% Casi chirurgici	0,8%	0,8%	0,7%	0,8%		
Valore dimessi	€ 209.067	€ 253.268				€ 261.800
Valore medio per caso	€ 789	€ 677	€ 498	€ 721		€ 700
Valore medio per caso chirurgico	€ 2.475	€ 4.438	€ 3.708	€ 6.824		
Valore medio per caso medico	€ 776	€ 647	€ 475	€ 712		€ 700
Accessi medi dimessi	4,5	4,2	2,9	1,7		4,2
Accessi medi dimessi per punto Drg	7,1	6,8	3,9	2,1		

Linee produttive - Percentuale dimessi delle prime 5						
0602 Chemioterapia		0,0%				15%
0908 Medicina generale		48,3%				70%
0701 Ematologia		23,0%				10%
0603 Oncologia		1,8%				
0404 Ortopedia e traumatologia		9,6%				
		82,7%				95,0%

di 886 casi su 10.000 nel distretto di Como e di 888 casi su 10000 nel distretto di Cantù.

Nell'esempio specifico, una valutazione per singolo Drg avrebbe dato risultati fuorvianti; mentre le Ldp, assommando al proprio interno tutti i Drg «simili» attenuano gli effetti prodotti dal fenomeno sopra descritto.

BIBLIOGRAFIA

- ANSOFF H.I. (1965), *Corporate strategy*, McGraw Hill Book Company.
- ANTHONY R.N., YOUNG D.W. (1992), *Controllo di gestione per gli enti pubblici e le organizzazioni non profit*, McGraw-Hill, Milano.
- BALDINO L., BATTAGLIA G., LONGO F. (1990), «L'area a pagamento», CeRGAS — ricerca interna — 1995.
- BORGONOV E. (A CURA DI) (1990), *Il controllo economico nelle aziende sanitarie*, EGEA, Milano.
- BORGONOV E. (1993), «La nuova sanità. L'ospedale diventa "impresa"», *Ospedali d'Italia*, 3.
- BORGONOV E. ET AL. (1995), «Natura del servizio pubblico e gestione privata», Fondazione Rosselli, *Rapporto sullo Stato e sulle condizioni di sviluppo*.
- CAMPO B. ET AL. (1994), «L'introduzione di un sistema di classificazione delle prestazioni e dei servizi sanitari», *Mecosan*, 12, pp. 46-66.
- COLOMBO C. (1987), *L'analisi del portafoglio delle attività sanitarie come strumento di razionalizzazione delle scelte*, SDA Bocconi, Milano.
- DEL VECCHIO M. (1995), «Strategia e pianificazione strategica nelle aziende sanitarie pubbliche: una introduzione», *Mecosan*, 14, pp. 20-32.
- DUNCAN W.J., GINTER P.M., SWAYNE L.E. (1992), *Strategic management of Health Care Organizations*, PWS-Kent Publishing comp.
- FRANCE G. (1994), «Concorrenza e servizi sanitari», *Quaderni per la ricerca*, serie studi/33, ISR.
- HOFER C.W., SCHENDEL D. (1978), *Strategy formulation analytical concepts*, St. Paul West Publishing Company.
- PORTER M.E. (1995), *Competitive advantage, creating and sustaining superior performance*, The Free Press, New York.
- ZANGRANDI A., RAMPONI C., FRANCESCONI A. (1994), «Le tariffe come sistema di finanziamento della sanità pubblica», *Mecosan*, 11, pp. 64-73.
- ZANGRANDI A. (1995), «Autonomia realizzativa», *Azienda pubblica*, 1.
- ZAVATTARO F. (1992), «Il ruolo delle "esperienze" nella diffusione della cultura manageriale in sanità», *Mecosan*, 1, pp. 78-80.

Management ed economia sanitaria

MECOSAN

La rivista trimestrale
di saggi e ricerche, documenti e commenti
per il governo manageriale della sanità

edita sotto gli auspici del Ministero della sanità

RACCOMANDAZIONI AGLI AUTORI

Mecosan è una rivista aperta al contributo di chiunque desideri offrire testimonianze, opinioni, notizie e resoconti di studi e ricerche che abbiano attinenza con i temi dell'economia e della gestione manageriale dei sistemi sanitari.

I contributi, che devono essere originali e avere contenuto innovativo, sono destinati alle seguenti sezioni:

Saggi e ricerche - Documenti e commenti - Esperienze innovative - La sanità nel mondo - Sanità e impresa - Biblioteca.

La lingua ammessa è l'italiano.

Per gli articoli destinati alla sezione «**Saggi e ricerche**» è previsto un **abstract** in inglese che non superi le 200 parole (in corsivo ad interlinea singola).

I contributi devono tenere conto delle seguenti regole editoriali:

Titolo e autori

Il titolo non deve superare le due righe.

I nomi degli autori (nome e cognome), preferibilmente in ordine alfabetico, sono seguiti, senza ulteriore qualificazione, dalla segnalazione degli Enti di appartenenza, richiamati da note numeriche se gli autori provengono da più di una istituzione.

Sommario

Immediatamente dopo gli autori, il sommario deve essere breve ed indicare solo i paragrafi principali, preceduti da numeri arabi seguiti dal punto.

Esempio: SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Parte prima - 3. Parte seconda - 4. Conclusioni - 5. Appendici.

Titoli dei paragrafi

In grassetto, preceduti dai numeri arabi seguiti dal punto.

Esempio: **1. Introduzione**

Eventuali sottotitoli in corsivo.

Tabelle, grafici e figure

Devono essere richiamati nel corso degli articoli con riferimenti puntuali e forniti in stampa separata dal testo e possibilmente in un file diverso. Si ricorda agli autori che *Mecosan* è una rivista in **bianco e nero**, dunque non saranno accettati articoli che contengono figure a colori. Le rappresentazioni grafiche saranno accettate a condizione che siano accompagnate da tabelle numeriche riportanti i dati di riferimento.

Note

Devono essere richiamate numericamente, riportate alla fine dell'articolo (e non a pie' di pagina).

Lunghezza articoli

Indicativamente i saggi dovranno essere tra le cinquemila e le diecimila parole; per le altre sezioni si consiglia di non eccedere le settemila parole.

Riferimenti bibliografici

Si devono effettuare con il sistema autore-data (e non con i numeri progressivi) nel corpo del testo o in nota. Le indicazioni corrispondenti si devono riportare alla fine dell'articolo nella **bibliografia**, dopo le note, in ordine alfabetico, secondo il seguente esempio:

— per testi: richiamo: (Clerico, 1984); indicazione: CLERICO G. (1984), *Economia della salute*, Franco Angeli, Milano.

— per articoli: richiamo: (Volpatto, 1990); indicazione: VOLPATTO O. (1990), «La privatizzazione dei servizi pubblici», *Azienda Pubblica*, 2: pagg. 243-252.

I testi non citati nell'articolo che eventualmente si vorranno segnalare dovranno essere inseriti in una **bibliografia separata**.

I testi

Devono pervenire su dischetto, preferibilmente in Microsoft Word per DOS o Windows, con allegata copia cartacea preceduti da una pagina che indichi:

— nome, cognome, indirizzo completo di numero telefonico e di fax degli autori o dell'autore principale;

— titolo e sezione per cui si propone l'articolo.

Devono essere inviati a:

**Mecosan - Redazione - c/o CeRGAS, Viale Isonzo, 23
20135 Milano - Tel. 0258362600 - Fax 0258362593-98
E-mail: mecosan@uni-bocconi.it**

Gli articoli pervenuti saranno sottoposti al vaglio dei referenti accreditati e qualora risultassero disattesi i requisiti suindicati potranno essere scartati o integrati dalla redazione.

IL CLIMA ORGANIZZATIVO: L'ESPERIENZA DELL'AZIENDA OSPEDALIERA «SANTA MARIA DEGLI ANGELI» DI PORDENONE

Lidija Borcic, Giuseppe Caroli, Maria Teresa Ermano

Azienda Ospedaliera «Santa Maria degli Angeli» di Pordenone

SOMMARIO: 1. Premessa - 2. Presentazione della ricerca - 3. Metodologia della ricerca - 4. Lo strumento di indagine - 5. I criteri di analisi dei dati - 6. Analisi dei dati generali relativi all'Azienda ospedaliera - 7. Discussione dei dati relativi all'indagine sul clima.

La ricerca ha posto in evidenza, da un punto di vista strettamente legato all'organizzazione del lavoro, la quasi totale assenza di *feedback* tra personale e superiori, tra personale e dirigenza. Dall'analisi dell'indagine si è rilevato come i controlli e le verifiche da parte dei superiori sia sul lavoro svolto che sui risultati raggiunti siano poco frequenti. Sempre dal punto di vista organizzativo, e ancora con risvolti sulla struttura motivazionale dei singoli operatori, si rende necessaria una riprogettazione dei sistemi di valutazione e di incentivazione per tutto il personale. In conclusione, un servizio di qualità consiste nel servire al meglio il cliente da quando entra in contatto con l'ospedale fino al momento in cui viene dimesso. Un servizio con queste caratteristiche può essere prestato solo da dipendenti soddisfatti, fedeli e produttivi: dipendenti che si sentono considerati dall'organizzazione di appartenenza come risorse di valore e che possono così, a loro volta, considerare i clienti come risorsa di valore.

È follia continuare a fare le stesse cose sperando di ottenere risultati diversi.

(Anonimo)

1. Premessa

Il termine «clima» possiede due accezioni fondamentali: il significato originale si riferisce alla meteorologia, mentre quello metaforico alla psicologia sociale. Da un punto di vista meteorologico si parla di condizioni atmosferiche che caratterizzano una regione specifica. Questo concetto, una volta trasferito in campo psicosociale, sta di nuovo ad indicare un fenomeno che si manifesta in modo relativamente stabile, all'interno di un determinato gruppo di individui, attraverso «condizioni socio-psicologiche» che caratterizzano il gruppo stesso.

Il clima organizzativo inteso soprattutto come clima psicologico diventa un fattore importante della cultura di una impresa. Le motivazioni o,

meglio, le strategie motivazionali dei soggetti aziendali ed il grado di appagamento di queste motivazioni da parte dell'organizzazione influiscono sul clima organizzativo e sulla percezione della cultura aziendale e, di conseguenza, sui livelli di identificazione in essa da parte dei soggetti aziendali (Cascioli A., Cascioli P., 1991).

Il clima psicologico, in ultima analisi, non è altro che la percezione del clima organizzativo, ed è alla base di una discrepanza che si crea fra clima psicologico e organizzativo. La presenza di molteplici climi fa sì che l'influenza del clima sul comportamento degli individui sia molto complessa. Il comportamento individuale sarà influenzato dalle descrizioni soggettive di ognuno del proprio clima (individuale), dal clima soggettivo

(aggregato) del gruppo di cui il soggetto fa parte e alla consistenza con altri climi collettivi a cui il soggetto è esposto in virtù della propria posizione nella struttura organizzativa, nello spazio fisico e in relazione alla tecnologia.

L'indagine di clima si configura come una strategia finalizzata al cambiamento dell'organizzazione, perché agisce direttamente sulle relazioni delle persone che lavorano al suo interno. La misura del clima organizzativo consiste nella misura «dell'altra faccia della luna», cioè della dimensione soggettiva della organizzazione. Il coinvolgimento diretto degli operatori può, a parità di altri fattori, aumentare la probabilità che il cambiamento, nella realtà lavorativa, si verifichi e si stabilizzi.

Nella teoria organizzativa è ampiamente accolta l'idea che le politiche e le consuetudini di un'organizzazione e i comportamenti che i dipendenti avvertono come premianti, sostenuti e attesi, trasmettono dei messaggi importanti che influenzano il comportamento e gli atteggiamenti dei dipendenti. Così, ad esempio, le organizzazioni per cui il benessere dei dipendenti è un obiettivo strategico, adotteranno politiche e pratiche per promuovere il benessere dei dipendenti. Analogamente e contestualmente con l'obiettivo del benessere, le organizzazioni possono creare il clima per la promozione dei servizi, dell'innovazione e della qualità. In conclusione, più l'organizzazione eroga servizi, più è determinante per l'organizzazione stessa creare un clima che trasmetta esperienze positive ai dipendenti e dunque un clima positivo per i servizi.

Il modello seguito per l'indagine è stato quello sistemico ritenuto possibile guida per dare ordine ai fattori che compongono una organizzazione, capire le relazioni che possono esserci tra loro e diagnosticare la coerenza tra risorse, sistemi produttivi, risultati prodotti.

L'approccio sistemico quale strumento di diagnosi organizzativa prevede nella prima fase l'analisi delle congruenze tra beni e servizi in uscita e fattori in entrata rispetto agli aspetti quantitativi e qualitativi e il grado di soddisfazione del cliente esterno ed interno.

In una seconda fase si analizzano le congruenze tra risorse e struttura di base; si esamina quanto l'impianto organizzativo prevede di allocare mandati e risorse in grado di ricevere i fattori in ingresso, se sono stati definiti con chiarezza i mandati gerarchici e di responsabilità, l'allocazione delle risorse umane, le dotazioni degli spazi e attrezzature e i sistemi informativi.

Indagato se la struttura di base risulta adeguatamente disegnata, l'attenzione viene rivolta ai meccanismi operativi. Le regole che governano l'uso delle risorse, le modalità di lavoro, il raggiungimento degli obiettivi rinforzano e legittimano l'azione organizzativa.

Nell'ultima fase si analizzano le congruenze tra struttura di base, meccanismi operativi e comportamenti degli individui. A livello dei processi sociali vanno analizzati principalmente i comportamenti degli individui di accettazione, compensazione e/o rifiuto rispetto ai fattori in entrata, all'impianto organizzativo e alle regole organizzative.

In conclusione, l'ipotesi di partenza per l'indagine considera che un servizio di qualità consiste nel servire al meglio il cliente da quando entra in contatto con l'ospedale fino al momento in cui viene dimesso. Un servizio con queste caratteristiche può essere prestato solo da dipendenti soddisfatti, fedeli e produttivi: dipendenti che si sentono considerati dall'organizzazione di appartenenza come risorse di valore e che possono così, a loro volta, considerare i clienti come risorsa di valore. In quest'ottica il *management* aziendale deve porre una attenzione maggiore alla gestione delle risorse umane affinché si riesca a stimolare la motivazione e il senso di appartenenza dei dipendenti ed incrementare così il valore dei servizi offerti. La rilevazione del livello di soddisfazione dei clienti potrebbe offrire al *management* un'interessante opportunità per misurare il grado di raggiungimento degli obiettivi aziendali di miglioramento della qualità con una successiva comparazione con le specifiche realtà operative per dare avvio ad un processo dialogico e collaborativo di continua ri-qualificazione e di continuo miglioramento.

2. Presentazione della ricerca

Nei programmi regionali di accreditamento per le Aziende sanitarie uno dei capitoli essenziali è rappresentato dalla valorizzazione delle risorse umane che prevede, tra l'altro, la conoscenza del grado di soddisfazione e di coinvolgimento del personale.

Partendo dal presupposto che l'organizzazione deve promuovere e ottenere nel personale motivazione e cooperazione, che deve essere garantita la formazione di base e continua, che gli operatori devono essere un soggetto attivo nel raggiungimento degli obiettivi, la direzione dell'Azienda ospedaliera di Pordenone ha deciso di inserire tra i suoi programmi di miglioramento della qualità la conoscenza del clima interno.

La richiesta di effettuare la ricerca sul clima organizzativo all'interno dell'Azienda ospedaliera, formulata alla psicologa psicoterapeuta consulente dell'azienda stessa, trae origine dal sussistere di diversi problemi: le relazioni interpersonali, lo scarso passaggio di informazioni tra i vari livelli, i problemi di gestione in determinate sfere di servizi, il timore di insufficiente qualità del servizio.

La domanda di intervento diventa una richiesta di aiuto nel desiderio di migliorare la qualità del servizio, nella speranza di rimuovere i sintomi o le cause del disagio.

Obiettivo dell'indagine è quello di raccogliere le testimonianze degli operatori per favorire l'integrazione delle loro esigenze con quelle proprie dell'organizzazione, come pure indagare e mettere a confronto la soddisfazione del cliente interno, il modo di rapportarsi all'organizzazione, la gestione delle informazioni, i rapporti interpersonali, le relazioni tra operatori e azienda.

I tipi di intervento possibili per migliorare un'azienda sono:

— *«interventi di tipo strutturale ed oggettivo, attività che si dirige verso il mutamento della divisione dei compiti, delle procedure di controllo, dei modelli informativi, ecc., sottovalutando le implicazioni di tipo psicologico e sociale che i cambiamenti organizzativi producono;*

— *interventi che traggono alimento dalle ricerche sociologiche, indagano quantitativamente e qualitativamente i fenomeni sociali presenti in un determinato contesto organizzativo, ma spesso espropriati dai committenti della fase progettuale della ricerca e della fase di utilizzo dei dati raccolti;*

— *interventi degli psicologi del lavoro, si dedicano ad attività di carattere formativo attuando corsi sulla comunicazione, sul lavoro di gruppo, sugli stili di comando, senza poter incidere sul contesto organizzativo che ha originato i comportamenti che si intende modificare» (Vaccani, 1992).*

La soluzione a tali parzialità negli interventi può essere quella che, partendo da una visione sistemica e inscindibile dall'organizzazione, si dirige verso una lettura e un intervento interdisciplinare.

Analizzare e valutare il clima interno di un'organizzazione va fatto integrando l'approccio analitico a quello sistemico, dove il primo centra maggiormente la sua attenzione sugli elementi che costituiscono un sistema, mentre il secondo è più attento ai rapporti e alle reciproche influenze che legano tra loro i diversi elementi. L'approccio sistemico applicato a realtà complesse come una Azienda ospedaliera, agevola una visione globale e ordinata dei fenomeni, aiutano a cogliere i nessi interni al sistema e quelli tra il sistema e il proprio contesto.

3. Metodologia della ricerca

L'indagine ha coinvolto tutti gli operatori dell'azienda, 1559 dipendenti, con una adesione del 78.5% (1225 questionari ritirati). La consegna del questionario è avvenuta in tempi successivi nelle varie unità operative/servizi per motivi prettamente organizzativi.

Per ogni unità operativa/servizio il numero di questionari da consegnare è stato individuato in base agli elenchi forniti dagli uffici del personale. In tali elenchi risultavano presenti dipendenti che al momento della indagine potevano non essere in servizio per diverse motivazioni (aspettativa, maternità, ecc.).

I dipendenti hanno ritirato il questionario presso il referente dell'unità operativa/servizio che hanno autocompilato e depositato in un'apposita urna apponendo la propria firma su una lista al ritiro e alla consegna. Non sono state fornite indicazioni rispetto al dove compilare il questionario (nel servizio o a casa) mentre il tempo di consegna è stato stabilito in un massimo di una settimana dalla data di ritiro.

Il questionario garantiva l'anonimato, per evitare qualsiasi forma di condizionamento e consentire ai partecipanti di rispondere in base alle loro convinzioni. Agli operatori è stato chiesto di indicare la qualifica e unità operativa/servizio di appartenenza esclusivamente per la successiva analisi dei dati. In alcuni casi si è reso necessario fornire l'indicazione di non specificare la qualifica, in quanto il numero esiguo dei dipendenti avrebbe comportato l'incertezza dell'anonimato.

Lo strumento d'indagine è stato predisposto attraverso tre fasi. Come prima cosa è stata analizzata la letteratura sulla comunicazione, sulla psicologia delle organizzazioni, sulle ricer-

che condotte nel campo della soddisfazione del personale in altre realtà ospedaliere, sulla costruzione di strumenti d'indagine, sulla legislazione in materia sanitaria nazionale e regionale.

In un secondo momento si è proceduto alla formulazione di un questionario di prova somministrato ad un gruppo rappresentativo del campione da esaminare. Sono stati compilati 50 questionari di prova, con la conseguenza che alcune domande sono state modificate o perfezionate nel linguaggio. Si è giunti quindi alla forma definitiva del questionario, introdotto da una breve lettera della direzione inerente le finalità della ricerca e minime istruzioni per la compilazione, illustrato prima alla Direzione generale che successivamente ha presentato il progetto ai primari, ai responsabili di servizio, alle caposala.

Al termine della raccolta ed elaborazione dei dati, si è dato avvio alla restituzione dell'analisi dei dati prima a livello di singole unità operative/servizi, con successivi interventi strutturati in base a quanto emerso dall'analisi e dalla discussione con i vari gruppi coinvolti. È stata poi progettata una successiva restituzione anche a livello di singolo dipartimento, nel senso di incontri allargati a tutte le unità operative afferenti.

4. Lo strumento d'indagine

Nella sua forma definitiva lo strumento d'indagine è composto da nove aree di indagine e 99 domande.

Le domande sono di quattro tipologie:

- domande su scala a 5 livelli a parziale autonomia semantica;
- domande con risposte dicotomiche;
- domande a scelta multipla;
- domande a risposta aperta.

Le aree di analisi prese in considerazione sono state:

— *soddisfazione personale col lavoro*: ha esplorato il modo con cui ognuno vive il proprio lavoro in relazione alle dimensioni della gratificazione e qualità del proprio operato;

— *valutazione*: analizza i criteri del sistema di valutazione delle prestazioni ed il sistema premiante e incentivante;

— *coinvolgimento e informazione*: sono state considerate le dimensioni relative al sistema di trasferimento delle informazioni all'interno dell'organizzazione a tutti i livelli, la partecipazione attiva nel raggiungimento degli obiettivi e nella gestione delle risposte ai bisogni del cliente;

— *ambiente*: riguarda la funzionalità e distribuzione degli ambienti lavorativi, la dotazione di strumenti tecnologici e risorse significative;

— *rapporti interpersonali e lavoro d'équipe*: si sono valutati il sistema di relazioni, la collaborazione e cooperazione nelle *équipe*, l'integrazione, i processi decisionali;

— *aggiornamento e formazione*: analizza la qualità dell'aggiornamento e capacità professionali;

— *organizzazione del lavoro*: ha esplorato la divisione e i meccanismi di coordinamento del lavoro, il coinvolgimento e la motivazione del personale;

— *relazioni con l'azienda*: prende in considerazione il vissuto del rapporto con l'organizzazione attraverso domande relative alla conoscenza delle strategie aziendali, alla gestione delle risorse e ai meccanismi d'informazione;

— *conclusioni*: caratterizzate da domande aperte per raccogliere opinioni, suggerimenti in generale sulle varie aree di analisi.

5. I criteri di analisi dei dati

La capacità dell'organizzazione di promuovere e ottenere il benessere delle risorse umane, affinché si crei un clima positivo, trasmissibile quindi ai clienti, è stata l'ipotesi di fondo dell'indagine.

Le aree di analisi riguardavano la qualità del servizio, o meglio la percezione di ogni operatore della qualità del servizio erogato dall'unità operativa/servizio in cui svolge la propria attività. Le risposte graduate abbastanza/a volte/poco sono state considerate come espressioni di giudizi neutri e quindi non significativi per la lettura dei dati.

Le risposte graduate quasi mai/mai e poco/pochissimo sono state compattate in relazione alla «insoddisfazione» (pochissimo/mai/no) in base alla scelta di un criterio semplice e selettivo dei dati. La qualità di un servizio non è assimilabile al risultato massimo né medio, dipende dal giudizio peggiore. Questa motivazione è supportata dall'ipotesi che le impressioni negative si allargano a macchia d'olio, molto più in fretta di quelle positive, e

sono poi difficili da correggere o modificare (Amovilli, 1995).

Con questa prospettiva di monitoraggio si è quindi passati alla lettura dei dati, in una prima fase suddividendo tra dati relativi all'azienda in generale, dati relativi ai singoli dipartimenti/servizi in generale e successivamente con una lettura dei dati relativi ad ogni singola unità operativa. In una seconda fase sono stati elaborati i dati per qualifica degli intervistati utilizzando lo stesso criterio adottato nella fase precedente.

6. Analisi dei dati generali relativi all'Azienda ospedaliera

I dati che vengono ora presentati si riferiscono all'Azienda ospedaliera nel suo complesso risultando quindi generici e parziali. L'analisi, che segue l'ordine delle aree di indagine, viene effettuata attraverso la lettura del dato considerato negativo, ovvero le risposte che esprimono l'insoddisfazione degli operatori.

Nella prima area di analisi *Soddisfazione personale col lavoro* (grafico 1) il *sentirsi sotto pressione* e la consa-

Grafico 1 - Soddisfazione personale col lavoro

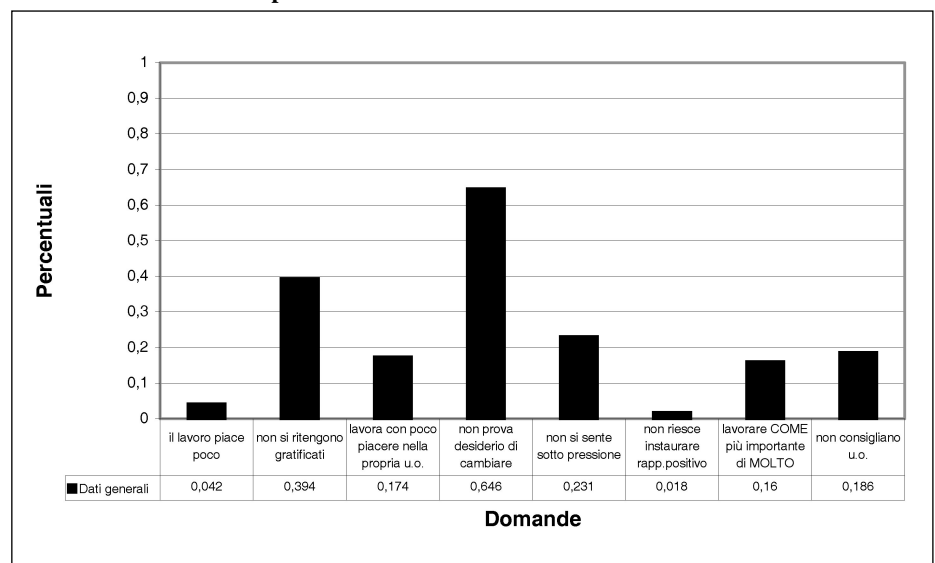
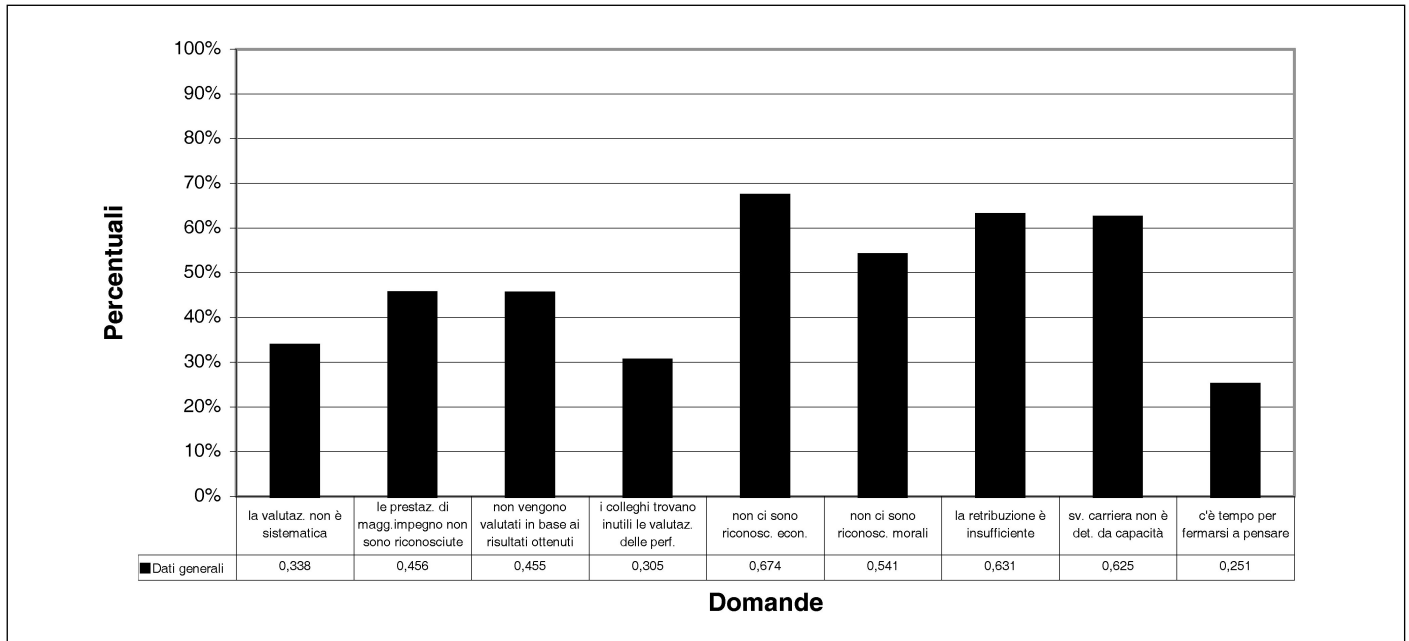


Grafico 2 - Valutazione



pevolezza di offrire un servizio al cliente nel modo migliore possibile, sono fattori che influiscono sulla soddisfazione lavorativa. Emerge infatti come il personale non si senta gratificato nel proprio lavoro (39.4%), anche se non esprime il desiderio di cambiare reparto/ufficio (64.6%).

I fattori di soddisfazione nel lavoro sono collegati all'aspetto tecnico della professione, mentre i fattori di maggior disagio sono individuati nell'equità distributiva e procedurale, analizzate nell'area *Valutazione* (grafico 2). I dati emersi in questa area esprimono un giudizio negativo del sistema di valutazione dei risultati (33.8%), delle opportunità di carriera (62.5%), del riconoscimento professionale (45.5%), sia morale (54.1%) che economico (67.4%).

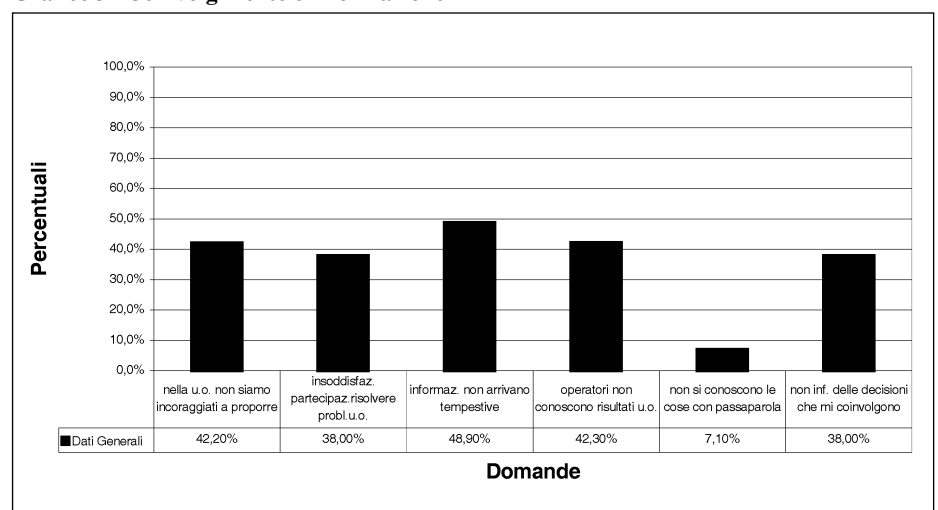
Si può ipotizzare che anche questi fattori influenzino la motivazione del personale e ciò vada a sommarsi al giudizio espresso nell'area precedente.

Se ipotizziamo che la comunicazione interna è attività fondamentale per l'organizzazione in quanto vettore per rafforzare identità di appartenenza, conoscenza e quindi aumentare il livello qualitativo del servizio offerto, l'analisi dell'area *Coinvolgimento e informazione* mostra una

forte situazione di criticità (grafico 3).

La comunicazione avviene attraverso il *passaparola*, dato confermato dalle valutazioni negative espresse sulla tempestività delle informazioni (48.9%) e sul sistema di trasferimento delle stesse con percentuali che oscil-

Grafico 3 - Coinvolgimento e informazione



lano dal 37% al 51.8% a seconda del livello preso in esame.

La partecipazione attiva del personale alla definizione e raggiungimento degli obiettivi sono influenzati dalla carenza di informazioni.

Nell'area relativa all'*Ambiente* (grafico 4) il personale giudica lo spazio fisico lavorativo (37.6%), la dotazione in termini di strumenti (37.8%) e risorse (27%) in funzione dei beni e servizi prodotti in modo insufficiente.

Nell'area *Rapporti interpersonali e lavoro d'équipe* (grafico 5, tabella 1) emerge come il personale ritenga importante il lavoro di gruppo per migliorare la qualità nel servizio e la convinzione che il clima dell'ambiente di lavoro influenzi le relazioni interpersonali. Nella quotidianità emerge che non c'è percezione di lavoro in *équipe* (31%), i rapporti con i colleghi non sono positivi, anche se sono gli unici dai quali poter essere supportati nelle difficoltà lavorative. L'atteggiamento che più infastidisce è colui che parla male degli altri. La squadra in cui si lavora viene rappresentata come una orchestra stonata al cui interno vengono individuati i motivi di cattivo funzionamento e bassa collaborazione. La figura del superiore viene percepita come scarsamente propositiva nella gestione delle risorse umane.

Nell'area *Aggiornamento e formazione* (grafico 6) i dati confermano come l'aggiornamento e il confronto con i colleghi di altre strutture siano vissuti come l'unica occasione reale di partecipazione. Negativo è il giudizio espresso nei confronti della gestione dei piani di formazione i quali non vengono concordati (53%) e le giornate non sono equamente distribuite (56%).

L'*Organizzazione del lavoro* (grafico 7, tabella 2) e il processo decisionale apparentemente sembrano funzionali agli obiettivi aziendali. Dall'analisi dei dati emerge però che il per-

sonale non si sente coinvolto per eventuali cambiamenti (37.1%) e non reputa equo il sistema degli incentivi nella propria unità operativa/servizio (39.1%). Viene sottolineata la carenza di personale per tutte le qualifiche professionali e ciò potrebbe essere messo in relazione con gli eccessivi carichi di lavoro, la necessità di svolgere attività diverse, l'essere costretti a prolungare l'orario di servizio.

L'area più critica è quella relativa alle *Relazioni con l'azienda* (grafico 8) dove emerge come il senso della politica (68.8%), della pianificazione strategica (75.1%), del sistema informativo (57.2%) sfugga a tutti i ruoli professionali. Il giudizio verso la gerarchia è che essa sia lontana da una logica di gestione attenta alle risorse umane soprattutto nel riuscire a produrre sicurezza, soddisfazione, motivazione nel personale.

Nell'area delle *Conclusioni* vengono riconfermati i dati relativi alla insoddisfazione del personale derivante dal sistema di valutazione e degli incentivi accanto alla fatica fisica. Emerge come elemento positivo in questo panorama la convinzione che la propria professione sia fonte di gratificazione e utilità per il cliente.

Vengono riportate integralmente alcune tra le considerazioni personali:

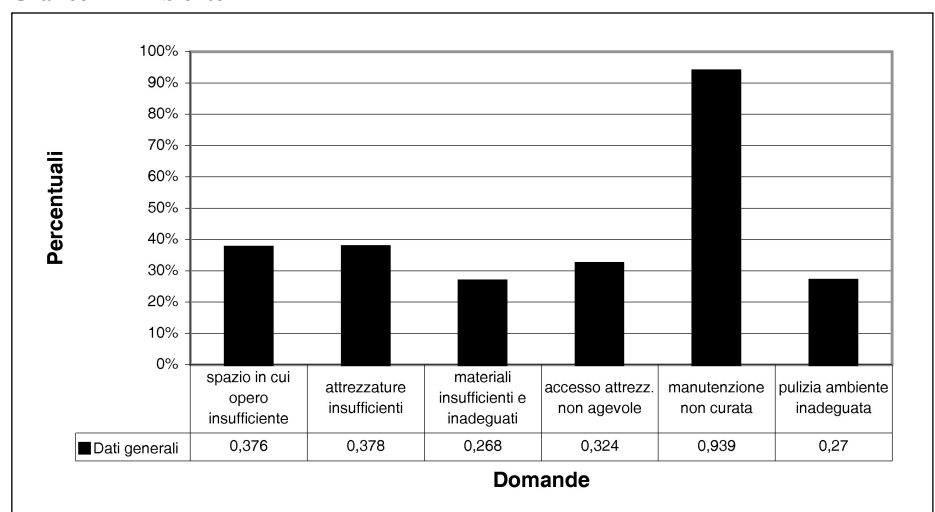
«Sarebbe utile organizzare periodicamente delle riunioni con tutto il personale dell'unità operativa sia per discutere insieme eventuali problemi e relative proposte di miglioramento, che per avere un aggiornamento sulle novità aziendali e dell'unità operativa stessa. Bisognerebbe inoltre poter operare in un ambiente sano e pulito, cosa attualmente non del tutto possibile causa lo scarso numero di ausiliari nella nostra unità operativa.»;

«Il professionista messo nella condizione di sentirsi tale e gratificato nel suo impegno, produce meglio e di più, ben lo sanno le aziende americane private. Un'organizzazione calata dall'alto senza partecipazione collettiva viene vissuta solo come imposizione e non crea presupposti di collaborazione e soddisfazione.»;

«Per togliere le tensioni non basta il supporto di uno psicologo, è necessario togliere la causa. Si dice sempre "è meglio prevenire che curare", ci siamo trovati a lavorare in un sistema aziendale senza essere preparati in anticipo.»;

«Il personale è poco e i pazienti sono tanti e buona parte non autosuffi-

Grafico 4 - Ambiente



cienti, pertanto gli operatori non riescono a svolgere il lavoro come vorrebbero. Spesso non c'è neanche il tempo per ascoltare il paziente. Si lavora velocemente, meccanicamente e spesso si conta sull'aiuto dei familiari.».

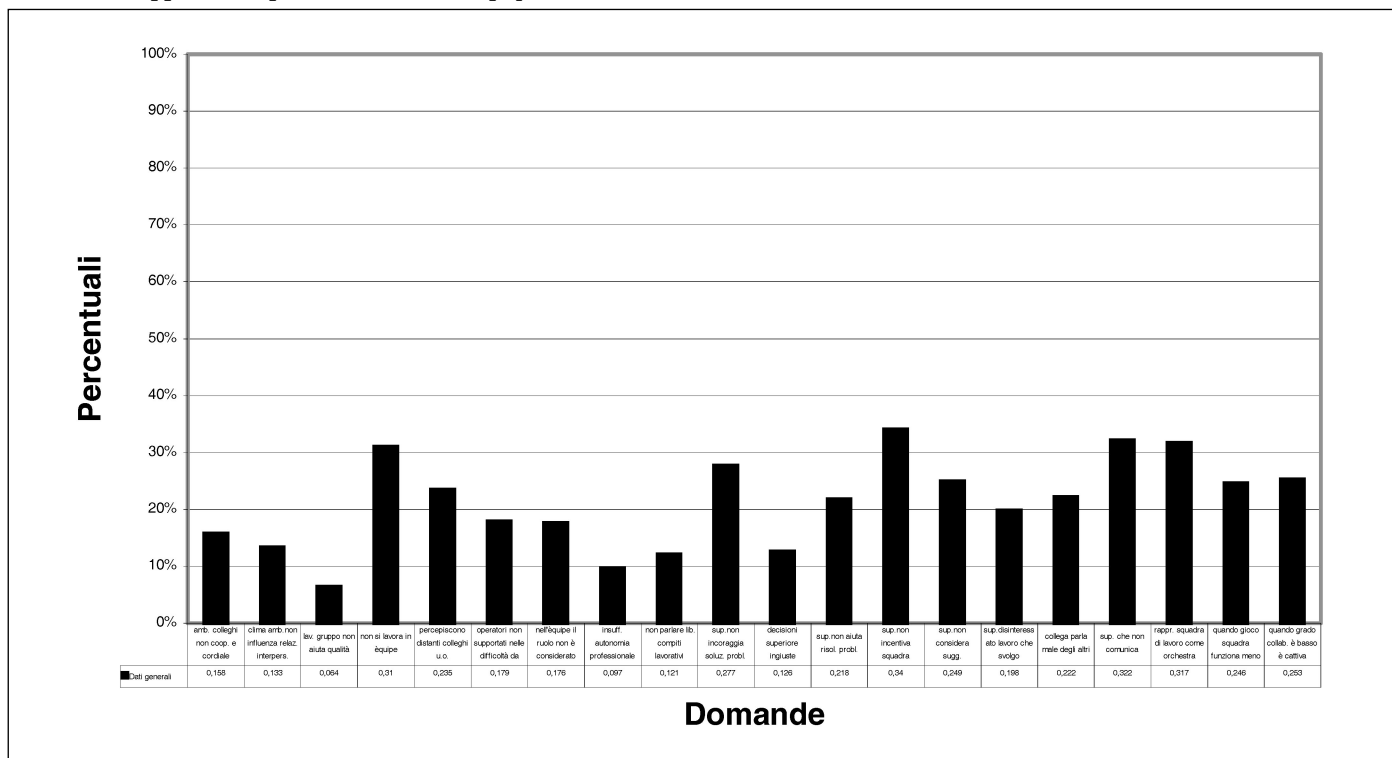
7. Discussione dei dati relativi all'indagine sul clima organizzativo

L'indagine ha messo in evidenza alcuni punti chiave attorno ai quali potrebbero strutturarsi dei problemi organizzativi, di soddisfazione dei bisogni personali, della formazione, degli stili di comando o *leadership*, e alcuni punti forza su cui si può far leva per ridurre il disagio che i singoli operatori, unità operative e dipartimenti provano. Nessuna osservazione viene fatta alle categorie professionali nello specifico, ma il tutto è stato considerato

Tabella 1 - Rapporti interpersonali e lavoro d'équipe

Domande	Percentuale
1. Ambiente colleghi non cooperativo e cordiale	15,80%
2. Clima ambiente non influenza relazioni interpersonale	13,30%
3. Lavoro di gruppo non aiuta qualità	6,40%
4. Non si lavora in <i>équipe</i>	31,00%
5. Percepiscono distanti colleghi u.o.	23,50%
6. Operatori non supportati nelle difficoltà da colleghi	17,90%
7. Nell' <i>équipe</i> il ruolo non è considerato	17,60%
8. Insufficiente autonomia professionale	9,70%
9. Non parlare lib. compiti lavorativi	12,10%
10. Superiore non incoraggia soluzione problemi di lavoro	27,70%
11. Decisioni superiore ingiuste	12,60%
12. Superiore non aiuta risolvere problemi	21,80%
13. Superiore non incentiva squadra	34,00%
14. Superiore non considera suggerimenti	24,90%
15. Superiore disinteressato lavoro che svolgo	19,80%
16. Collega parla male degli altri	22,20%
17. Superiore che non comunica	32,20%
18. Rappr. squadra di lavoro come orchestra stonata	31,70%
19. Quando gioco squadra funziona meno è questione di squadra	24,60%
20. Quando grado collab. è basso è cattiva organizzazione	25,30%

Grafico 5 - Rapporti interpersonali e lavoro d'équipe



come la base su cui poter ipotizzare future proposte d'intervento.

I punti di forza principali risultano essere che il lavoro piace tanto agli operatori, i quali ritengono che le proprie capacità siano adeguate al lavoro svolto, riescono ad instaurare un rapporto positivo con gli utenti, ritengono importante promuovere l'aggiornamento e sarebbero disponibili ad un eventuale coinvolgimento in un progetto di qualità.

Questi punti di forza permettono di ipotizzare che l'azienda disponga di un gruppo di operatori altamente qualificati, motivati a svolgere la propria professione, disponibili a migliorare la qualità dei servizi offerti dimostrandosi sensibili alle relazioni interpersonali e desiderosi di crescere professionalmente.

In linea di massima dall'analisi dei dati sembra emergere una valutazione abbastanza omogenea nelle nove aree di indagine. Quello che sembra mancare in questo momento sono i seguenti punti principali:

a) la valorizzazione delle risorse umane;

b) il coinvolgimento;

Nell'analizzare la struttura organizzativa vengono presi in esame i temi relativi alla divisione del lavoro, ai meccanismi di coordinamento finalizzati al raggiungimento dei fini istituzionali, l'autonomia decisionale di ciascuno e il potere di cui dispone, i flussi di informazione e decisione in particolare quelli formalizzati, i meccanismi di incentivazione.

Rispetto all'organizzazione del lavoro, viene sottolineata la carenza di personale e di come ciò incida sul dover prolungare il proprio orario, gli eccessivi carichi di lavoro per altro non equamente distribuito. La pressione esercitata anche dal fattore tempo rende quasi impossibile pensare al di fuori della *routine*, a ciò che si «sta facendo».

Il processo decisionale sembra funzionare abbastanza bene, in quanto il superiore prende sempre la decisione finale assumendosi le proprie responsabilità, gli operatori valutano di avere

in concreto l'autonomia professionale per svolgere il proprio lavoro.

Solo un sesto degli operatori ritiene che il proprio parere venga tenuto in considerazione per eventuali cambiamenti tecnico-organizzativi; ciò influisce sul coinvolgimento del personale ai fini della motivazione necessaria al raggiungimento degli obiettivi aziendali.

Le risposte agli *item* relativi all'incoraggiamento nel proporre idee innovative, alla soddisfazione della propria partecipazione all'interno dell'unità operativa di appartenenza e al sistema gestionale aziendale, che non stimola a proporre idee di miglioramento, portano a supporre frustrazione e malcontento negli operatori dei quali sembra non vengano considerate le competenze, capacità e conoscenze. Il giudizio espresso descrive un sistema poco orientato e attento alla gestione delle risorse umane, al gruppo come risorsa in un'atmosfera costruttiva e di supporto.

Dall'analisi appare che il raggiungimento di alcuni obiettivi possa esse-

Grafico 6 - Aggiornamento e formazione

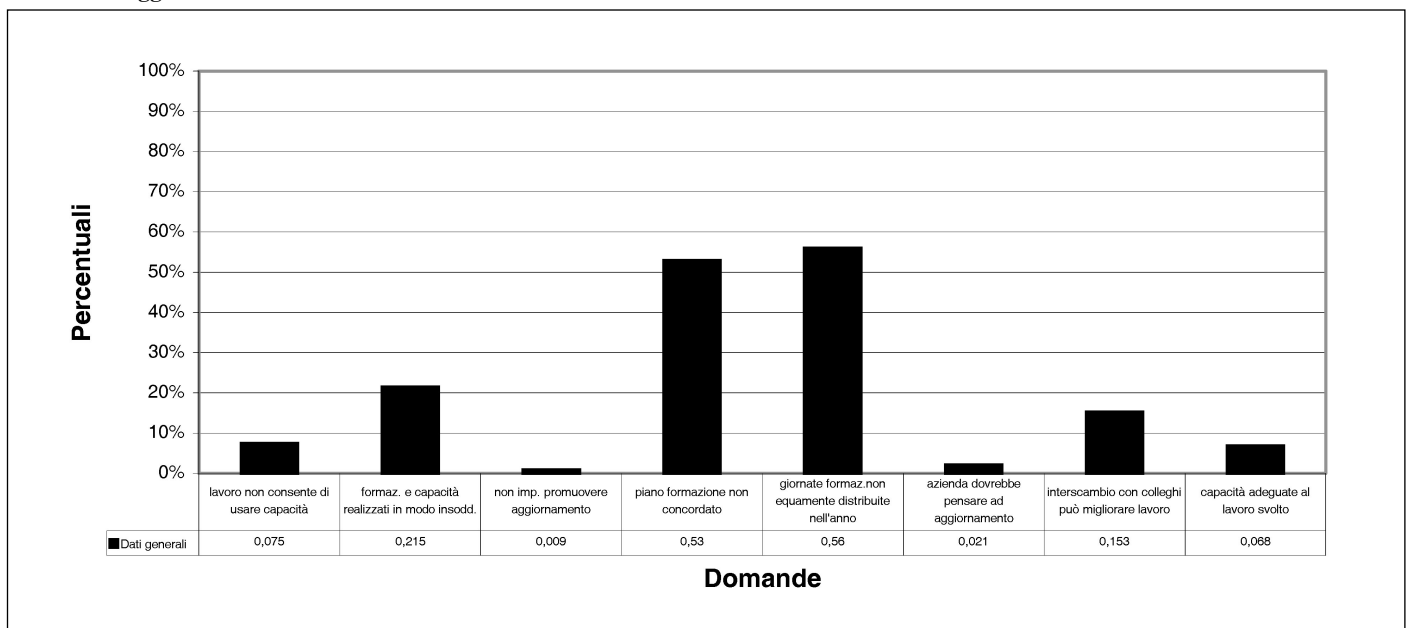
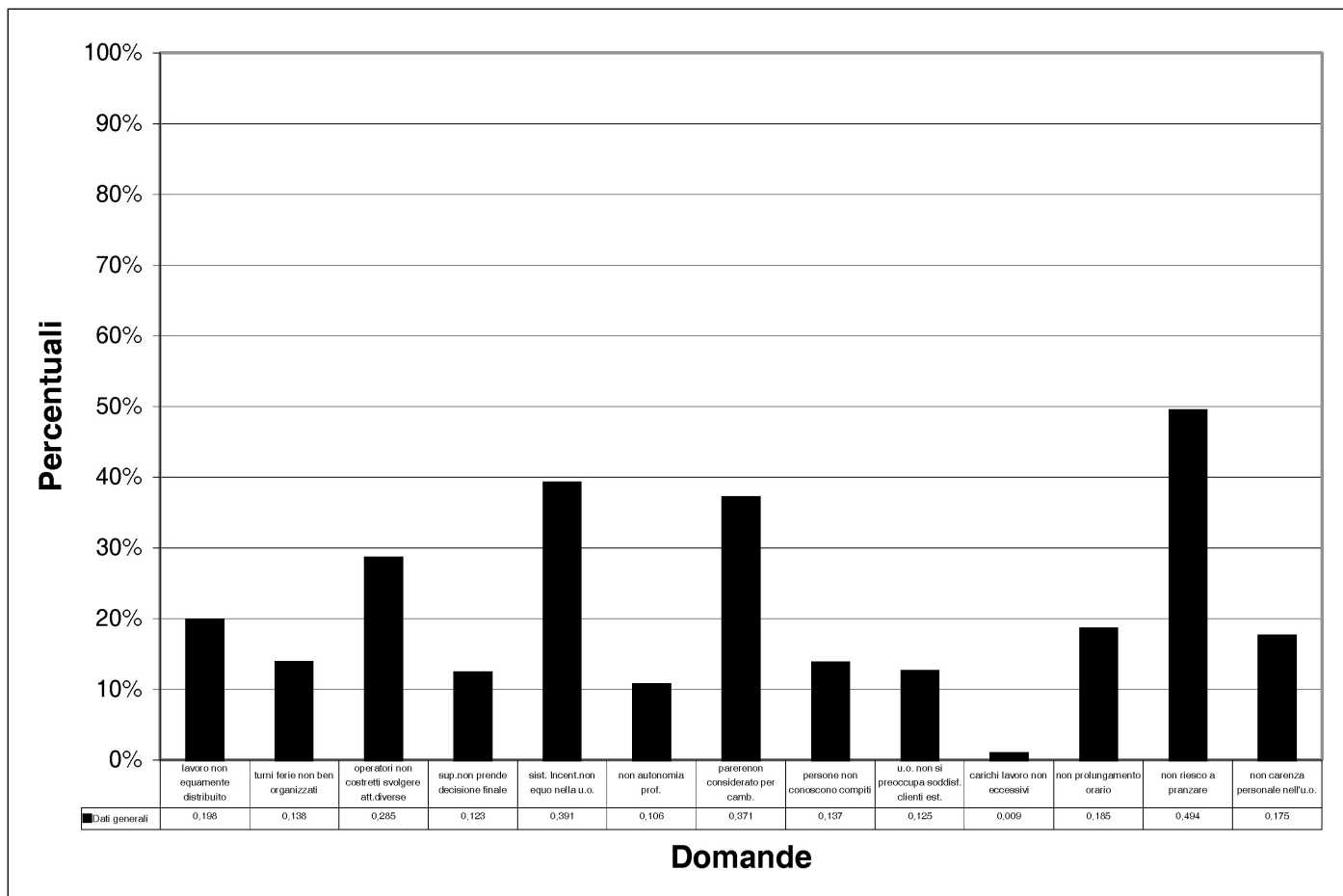


Grafico 7 - Organizzazione del lavoro



re compromesso dalla mancata partecipazione attiva del personale causata dalla carenza di informazioni sulla qualità e caratteristiche degli obiettivi stessi. Gli operatori ritengono che le informazioni all'interno dell'azienda si conoscono attraverso il «passaparola», «la voce del caffè», modalità di comunicazione che favorisce i pettegolezzi e le invidie.

Il personale ipotizza che l'amministrazione non sia preoccupata di informare i singoli relativamente alla vita e politica aziendale e si dichiarano non al corrente della pianificazione strategica della stessa. La mancata chiarezza porta ad una valutazione dell'amministrazione orientata quasi esclusi-

Tabella 2 - Organizzazione del lavoro

Domande	Percentuale
1. Lavoro non equamente distribuito	19,80%
2. Turni ferie non ben organizzati	13,80%
3. Operatori non costretti svolgere attività diverse	28,50%
4. Superiore non prende decisione finale	12,30%
5. Sist. incentivo non equo nella u.o.	39,00%
6. Non autonomia prof.	10,60%
7. Parere non considerato per cambiamento	37,10%
8. Persone non conoscono compiti	13,70%
9. U.o. non si preoccupa soddisfazione clienti est.	13,00%
10. Carichi lavoro non eccessivi	0,90%
11. Non prolungamento orario	18,50%
12. Non riesco a pranzare	49,00%
13. Non carenza personale nell'u.o.	17,50%

vamente ad una logica di gestione di verifica e controllo, evidenziando uno scollamento tra la dirigenza e il personale.

La non trasparenza può condurre ad una situazione di conflitti in cui il clima può essere caratterizzato da frequenti «pettegolezzi», i gruppi e gli individui non si piacciono e il livello di fiducia è basso.

Dalle valutazioni relative a tre *item* che riguardano la burocrazia, la ricerca aziendale per migliorare la qualità dei servizi, la condivisione degli obiettivi di *budget* all'interno dell'unità operativa emerge un senso di insoddisfazione abbastanza diffuso tra il personale che viene attribuito all'organizzazione. La valutazione nei confronti dei superiori non sono entusiastiche, si attestano su percentuali pari alla sufficienza per quello che riguarda alcune competenze, mentre sono

inferiori in materia organizzativa e comunicativa.

Accanto ai temi già considerati per un buon funzionamento d'impresa risultano fondamentali la valutazione, la motivazione, la cooperazione e collaborazione dell'*équipe* di lavoro.

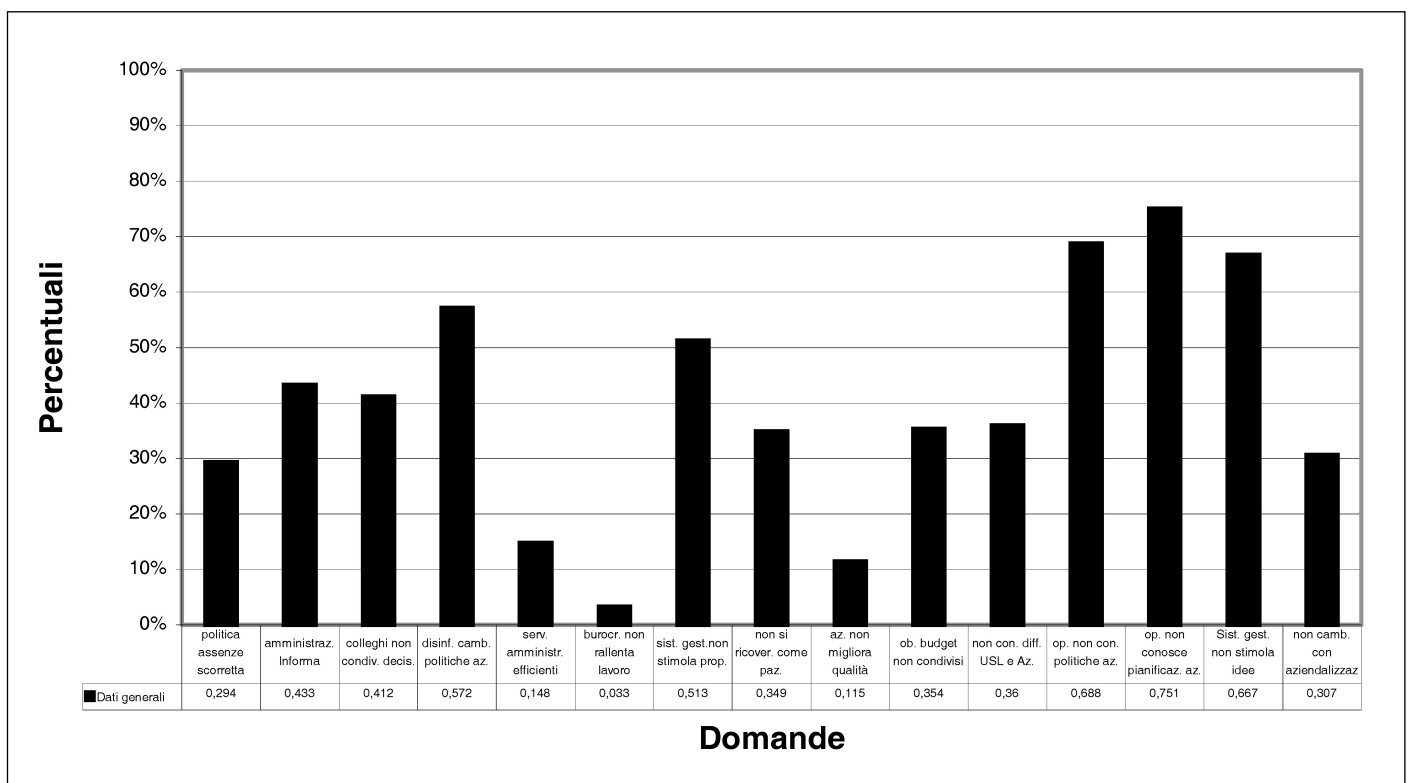
Dall'indagine risulta che la valutazione non è sistematica, che le competenze, esperienze e capacità individuali, viste come prestazioni di maggior impegno o risultati ottenuti col proprio lavoro, non vengono riconosciute. Si può ipotizzare che, oltre a questi fattori, anche i mancati riconoscimenti morali ed economici, la carriera che non è determinata da capacità e risultati, possano influenzare la motivazione negli operatori che va ad aggiungersi alla mancata gratificazione personale col lavoro. Tale percezione negativa si ricollega alla alta percentuale di operatori che lavorano con piacere

in quanto il rapporto con il cliente e la professione vengono ad essere fonti della soddisfazione e energia necessaria a dare senso al proprio lavoro.

I risultati dell'indagine hanno indicato che la soddisfazione del personale dipende dall'appagamento delle loro esigenze psicologiche, almeno altrettanto, quanto la soddisfazione delle loro esigenze materiali. Per il personale avere l'opportunità di partecipare significa sentirsi collaboratori in un'impresa comune, invece che essere chiamati ad eseguire degli ordini.

L'organizzazione sembra offrire solo un'identità di ruolo, che si rivela estremamente parziale: ognuno viene riconosciuto non per quello che è, come persona, ma come ruolo, come un'unità anonima di struttura. In tutto il personale predomina la percezione di una scarsa valorizzazione delle proprie capacità tecniche e qualità perso-

Grafico 8 - Relazioni con l'azienda



nali creando situazioni di *fuga nel lavoro* contraddistinte dalla soddisfazione per la mansione svolta dove gli incarichi sono vissuti in modo anonimo, senza elementi che inducano a maggiore crescita individuale e collettiva. All'opposto può crearsi una situazione di *fuga dal lavoro* contraddistinta da alta insoddisfazione del proprio lavoro, rappresentato in modo frustrante, percepito con un carico di lavoro sia quantitativo che qualitativo elevato. La fuga diviene il non lavoro, il proprio privato (maternità, richieste di *part-time*, richieste di aspettativa, ecc.).

L'indagine sul clima organizzativo ha evidenziato le richieste degli operatori di un maggior coinvolgimento, dialogo e partecipazione sul lavoro, l'attaccamento al proprio lavoro, la voglia di impegnarsi, di mettersi in gioco e di assumersi le proprie responsabilità.

Le richieste di maggior coinvolgimento, potere e responsabilità, sono la dimostrazione che la valorizzazione

delle professionalità, la partecipazione, l'autonomia, la responsabilizzazione, possono contribuire a cambiare in meglio la qualità del servizio offerto. Sono gli stessi operatori a fornire la chiave che sblocchi e risolva quei problemi che hanno indotto l'azienda ad effettuare l'indagine: avere l'opportunità di partecipare, di sentirsi collaboratori, su un piano di parità, di venir riconosciuti e valorizzati per la propria intelligenza e competenza.

BIBLIOGRAFIA

- AMOVILLI L. (1995), *Organizzare qualità e pensare la mentalità di servizio*, Patron, Bologna.
- BERTIN G. (1996), *Valutazione e sapere sociologico*, Franco Angeli, Milano.
- CASCIOLI A., CASCIOLI P. (1991), «Clima organizzativo e cultura aziendale», *Psicologia e lavoro*.
- CAVAGNINO G. (1992), *Modello sistemico e analisi dei servizi*, NIS, Roma.
- CICCHETTI A., LORENZONI G. (2000), «L'ospedale intelligente», *Studi organizzativi*, 2.
- DEPOLO M. (1978), «Diagnosi e climi organizzativi», in AA.VV., *Elementi di psicologia dell'organizzazione*, Clueb, Bologna.
- LEGA F. (1999), «Dalla struttura alle persone: considerazioni su natura, finalità e ruolo del dipartimento ospedaliero», *Mecosan*, 30, pp. 9-24.
- MARINO G., BOCCAFUOGGI B., GUERZONI A. (2000a), «Indagine di clima: il lavoro in ospedale», *Area Qualità News*, 1.
- MARINO G., BOCCAFUOGGI B., GUERZONI A. (2000b), «Clima organizzativo e rapporti di lavoro: un'esperienza», *Mecosan*, 33, 103-108.
- MUCHINSKY P.M. (1998), «La comunicazione organizzativa: le relazioni tra clima organizzativo e soddisfazione lavorativa», *Psicologia e Lavoro*, 28.
- QUAGLINO G.P., MANDER M. (1987), *I climi organizzativi*, Il Mulino, Bologna.
- SAILER J.A. (1980), *Analisi dei sistemi e comportamento organizzativo*, Etas Libri, Milano.
- SPALTRO E. (1977), *Il check-up organizzativo*, Iscali, Milano.
- SPALTRO E., DE VITO PISCICELLI P. (1990), *Psicologia per le organizzazioni*, NIS, Roma.
- TURNER B.A. (2000), «Ripensare le organizzazioni: l'apprendimento organizzativo negli anni Novanta», *Studi Organizzativi*, 1.
- VACCANI R. (1992), *La sanità incompiuta*, NIS, Roma.
- VACCANI R., DALPONTE A., ONDOLI C. (1998), *Gli strumenti del management sanitario*, Carocci editore, Roma.

Management ed economia sanitaria

MECOSAN

La rivista trimestrale
di saggi e ricerche, documenti e commenti
per il governo manageriale della sanità

edita sotto gli auspici del Ministero della sanità

RACCOMANDAZIONI AGLI AUTORI

Mecosan è una rivista aperta al contributo di chiunque desideri offrire testimonianze, opinioni, notizie e resoconti di studi e ricerche che abbiano attinenza con i temi dell'economia e della gestione manageriale dei sistemi sanitari.

I contributi, che devono essere originali e avere contenuto innovativo, sono destinati alle seguenti sezioni:

Saggi e ricerche - Documenti e commenti - Esperienze innovative - La sanità nel mondo - Sanità e impresa - Biblioteca.

La lingua ammessa è l'italiano.

Per gli articoli destinati alla sezione «**Saggi e ricerche**» è previsto un **abstract** in inglese che non superi le 200 parole (in corsivo ad interlinea singola).

I contributi devono tenere conto delle seguenti regole editoriali:

Titolo e autori

Il titolo non deve superare le due righe.

I nomi degli autori (nome e cognome), preferibilmente in ordine alfabetico, sono seguiti, senza ulteriore qualificazione, dalla segnalazione degli Enti di appartenenza, richiamati da note numeriche se gli autori provengono da più di una istituzione.

Sommario

Immediatamente dopo gli autori, il sommario deve essere breve ed indicare solo i paragrafi principali, preceduti da numeri arabi seguiti dal punto.

Esempio: SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Parte prima - 3. Parte seconda - 4. Conclusioni - 5. Appendici.

Titoli dei paragrafi

In grassetto, preceduti dai numeri arabi seguiti dal punto.

Esempio: **1. Introduzione**

Eventuali sottotitoli in corsivo.

Tabelle, grafici e figure

Devono essere richiamati nel corso degli articoli con riferimenti puntuali e forniti in stampa separata dal testo e possibilmente in un file diverso. Si ricorda agli autori che *Mecosan* è una rivista in **bianco e nero**, dunque non saranno accettati articoli che contengono figure a colori. Le rappresentazioni grafiche saranno accettate a condizione che siano accompagnate da tabelle numeriche riportanti i dati di riferimento.

Note

Devono essere richiamate numericamente, riportate alla fine dell'articolo (e non a pie' di pagina).

Lunghezza articoli

Indicativamente i saggi dovranno essere tra le cinquemila e le diecimila parole; per le altre sezioni si consiglia di non eccedere le settemila parole.

Riferimenti bibliografici

Si devono effettuare con il sistema autore-data (e non con i numeri progressivi) nel corpo del testo o in nota. Le indicazioni corrispondenti si devono riportare alla fine dell'articolo nella **bibliografia**, dopo le note, in ordine alfabetico, secondo il seguente esempio:

— per testi: richiamo: (Clerico, 1984); indicazione: CLERICO G. (1984), *Economia della salute*, Franco Angeli, Milano.

— per articoli: richiamo: (Volpatto, 1990); indicazione: VOLPATTO O. (1990), «La privatizzazione dei servizi pubblici», *Azienda Pubblica*, 2: pagg. 243-252.

I testi non citati nell'articolo che eventualmente si vorranno segnalare dovranno essere inseriti in una **bibliografia separata**.

I testi

Devono pervenire su dischetto, preferibilmente in Microsoft Word per DOS o Windows, con allegata copia cartacea preceduti da una pagina che indichi:

— nome, cognome, indirizzo completo di numero telefonico e di fax degli autori o dell'autore principale;

— titolo e sezione per cui si propone l'articolo.

Devono essere inviati a:

**Mecosan - Redazione - c/o CeRGAS, Viale Isonzo, 23
20135 Milano - Tel. 0258362600 - Fax 0258362593-98
E-mail: mecosan@uni-bocconi.it**

Gli articoli pervenuti saranno sottoposti al vaglio dei referenti accreditati e qualora risultassero disattesi i requisiti suindicati potranno essere scartati o integrati dalla redazione.

LA RIDEFINIZIONE DEL PROCESSO DI P&C NELLA ASL DI VITERBO: MATRICI DI PRIORITÀ E FATTIBILITÀ

Francesco Ripa di Meana¹, Gino Gumirato², Pietro Grasso³, Angelo Tanese⁴

¹ Direzione Generale Asl di Piacenza

² Direzione Amministrativa Asl di Piacenza

³ Direzione Sanitaria Azienda Ospedaliera di Padova

⁴ Direzione Area Pianificazione e Sviluppo ARPA Lazio

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. L'esigenza della direzione di rinnovare il processo di programmazione anche attraverso il riorientamento strategico della funzione amministrativa - 3. Il modello di programmazione 2001: coniugare strategia ed operatività - 4. La metodologia di programmazione annuale - 5. Conclusioni.

1. Introduzione

L'Azienda sanitaria locale di Viterbo deriva dall'accorpamento di 5 ex Ulss e gestisce 6 presidi ospedalieri per un totale, a seguito di una macrostrutturazione, di circa 1.000 posti letto. Ad essi si aggiungono altri 1.000 posti letto per acuti, riabilitazione, RSA, di soggetti privati accreditati. Il territorio è diviso in 5 distretti con una popolazione di riferimento di circa 300.000 persone ed i dipendenti sono 3.200.

Come noto, anche in seguito all'applicazione del D.L.vo 502/92 e successive modificazioni e integrazioni, le aziende che operano in sanità hanno implementato negli ultimi dieci anni percorsi e processi di aziendalizzazione, dando spesso grande enfasi ai processi di pianificazione strategica, programmazione e controllo.

La Regione Lazio ha imboccato la via dell'aziendalizzazione con qualche ritardo rispetto ad altre regioni e la nuova direzione generale di Viterbo (metà del 1997) ha sviluppato un percorso aziendale dotandosi fin dall'inizio di uno strumento fondamentale: il Piano strategico 1998-2000.

Piano strategico, riorganizzazione della rete ospedaliera, nuova struttura

organizzativa e relativi incarichi, sviluppo dei servizi territoriali, processo di *budget*, accorpamento uffici e centralizzazione procedure amministrative sono solo alcuni degli strumenti messi in campo per raggiungere migliori risultati di salute, qualità, efficienza.

Ogni azienda rappresenta risultati che derivano dalla sua storia, da propri specifici valori, da culture e competenze distintive: è a partire da questa specificità aziendale che l'articolo propone il processo di cambiamento nell'area della programmazione e del controllo operativo. Una delle criticità individuate era rappresentata dall'incapacità dell'azienda di raggiungere gli obiettivi complessivamente definiti nel *budget*, data anche la dilatazione nel tempo del processo di negoziazione; a circa tre anni dalla sua introduzione sperimentale, il processo si concludeva ancora a maggio-giugno dell'anno in corso, provocando, a valanga, ritardi nelle aree di supporto dedicate alla acquisizione di beni e servizi ed all'inserimento delle risorse umane concordate.

A questo criticità, tipicamente provocata dal processo di negoziazione di *budget*, se ne aggiungeva un'altra più strutturale: la forte rigidità della com-

plexa macchina amministrativa. Procedure burocratiche e poco snelle nelle aree degli acquisti e delle risorse umane ma anche negli affari generali (procedura di deliberazione contro processi di delega).

La direzione ravvisava la concreta possibilità di creazione di circoli viziosi sulle responsabilità addebitabili alle diverse «anime» aziendali: territorio e ospedale *versus* amministrativi e viceversa.

Nell'articolo viene proposto un processo di cambiamento organizzativo che a partire dalle «mille cose da fare» e dalle «mille necessità delle tante unità operative» permetta di meglio definire, sistematizzare e negoziare la programmazione delle attività di supporto: migliori *performance* di tutta l'area amministrativa per ottenere migliori risultati di salute.

2. L'esigenza della direzione di rinnovare il processo di programmazione anche attraverso il riorientamento strategico della funzione amministrativa

Nel 2001 il processo di programmazione e di *budget* annuale ha seguito un percorso diverso rispetto agli anni

precedenti, cercando di risolvere le criticità sopra evidenziate.

In particolare, si trattava di evitare un processo di programmazione «trainato» dalla negoziazione dei risultati sanitari, che comportava nel corso dell'anno una costante e affannosa «rincorsa alle risorse» fornite dai servizi amministrativi (attrezzature, personale, interventi infrastrutturali, ecc.).

Se da un lato, infatti, il processo di *budget* era ormai percepito come una necessità e uno strumento di guida delle priorità e delle attività da parte della dirigenza, dall'altra vi era sempre la sensazione di un eccessivo ritardo temporale della negoziazione e di uno strutturale non allineamento tra quanto definito nella scheda di *budget* e quanto effettivamente realizzabile. Alla base di questa percezione vi era, soprattutto da parte della direzione, una difficoltà di programmazione delle attività e dei servizi amministrativi; molto spesso gli obiettivi definiti in sede di programmazione si perdevano nelle lentezze e nelle difficoltà procedurali, senza riuscire a penetrare nelle reali cause di tali lentezze.

Occorreva, insomma, cercare di evitare per il 2001 un processo di programmazione che replicasse le difficoltà del passato, e in particolare quel processo di rincorsa alle risorse.

A rafforzare la necessità di miglioramento del processo di programmazione vi era poi un elemento contingente fondamentale, vale a dire la coincidenza del 2001 con l'ultimo anno di mandato della Direzione generale, che sarebbe andata a scadenza ad inizio del 2002. Questo vincolo temporale comportava un'ulteriore esigenza, cioè quella di garantire improrogabilmente la chiusura di alcuni processi di riorganizzazione e di sviluppo dei servizi sanitari in corso. Occorreva, in altri termini, elaborare un processo di programmazione molto

più «blindato» rispetto agli anni precedenti, limitando al massimo il trasferimento all'anno successivo di quanto era possibile e necessario chiudere nell'anno in corso.

L'attività di programmazione 2001 non poteva comunque non confrontarsi con l'esigenza di definire un orizzonte strategico pluriennale. Il Piano strategico aziendale 1998-2000 era infatti oramai a compimento, con una valutazione molto positiva del grado di raggiungimento degli obiettivi in esso previsti. Il piano era stato indubbiamente la guida della programmazione operativa del triennio che stava per concludersi, e occorreva mantenere, pur nell'esigenza di consolidare i risultati sinora raggiunti, la capacità di guardare ad un nuovo scenario triennale di riferimento.

Sulla base di queste esigenze, a partire dalla metà di settembre 2000, la Direzione aziendale, supportata dallo *staff*, ha definito un processo di programmazione innovativo rispetto agli anni precedenti, a partire da una sorta di riorientamento strategico della funzione di supporto amministrativa.

3. Il modello di programmazione 2001: coniugare strategia ed operatività

Il punto di partenza del nuovo processo è coinciso con una prima valutazione dei risultati del piano 1998-2000 e con la conseguente riflessione dell'esigenza di un'ulteriore momento di elaborazione strategica, che orientasse l'azienda nel triennio successivo.

La direzione partiva dalla consapevolezza che l'azienda nel triennio conclusosi era cresciuta, grazie al raggiungimento dei principali obiettivi che erano stati prefissi; esistevano quindi condizioni ottimali per un'ulteriore fase di sviluppo e di consolidamento.

Non vi erano i tempi e le condizioni per avviare la formulazione di un nuovo Piano strategico triennale 2001-2003 avente lo stesso taglio analitico e operativo del precedente piano. Era sufficiente limitarsi a definire, in questa fase alcune priorità di intervento pluriennali, all'interno delle quali individuare i principali programmi.

Occorre sottolineare che al riguardo mancava al momento qualsiasi indicazione strategica da parte della Regione, così come le linee guida per la formulazione dell'atto aziendale e l'attuazione del decreto 229/99. La programmazione aziendale avrebbe quindi dovuto prescindere dai vincoli regionali e, semmai, servire ad un confronto e ad una verifica con la Regione *ex post*, ponendo quest'ultima di fronte al dato compiuto: i risultati raggiunti dall'azienda, i nuovi programmi, le condizioni all'interno delle quali realizzare tali programmi.

Il modello di riferimento ha previsto un percorso sequenziale di programmazione di questo tipo (figura 1):

- 1) la definizione delle priorità strategiche (abbiamo già detto che non vi erano le condizioni per la stesura di un nuovo piano strategico);
- 2) la definizione di un patto interno di programmazione 2001;
- 3) l'avvio del processo di *budget* 2001.

3.1. La definizione delle priorità strategiche

Il primo passaggio è stato quello della definizione delle priorità strategiche dell'azienda. La direzione ha individuato quattro priorità per il triennio 2001-2003:

- 1) un intervento sulle *linee di prodotti*, in particolare il completamento dell'ospedale di Belcolle (Viterbo) e la realizzazione di lavori di ristrutturazione e manutenzione presso le altre strutture ospedaliere;

2) un intervento sulla *presa in carico dell'utente*, la riorganizzazione dei servizi dell'area territoriale e in particolare la realizzazione del modello distrettuale basato sul centro di salute;

3) interventi sulla *prevenzione*;

4) interventi sui *processi di innovazione organizzativo-gestionale*, in particolare, portare a compimento il processo di aziendalizzazione, con l'introduzione a regime della contabilità economico-patrimoniale e della contabilità analitica per centri di costo, il consolidamento del processo di *budget*, la riorganizzazione dell'azienda, l'attuazione del nuovo contratto.

3.2. Il patto interno di programmazione

All'interno di tali opzioni strategiche era necessario distinguere da subito quelle azioni che si riteneva necessario portare a compimento entro il 2001.

Il criterio di selezione doveva essere quello di «chiudere i processi» avviati e dare segnali tangibili di miglioramento all'interno e all'esterno dell'azienda, sia in area sanitaria che in area amministrativa.

La logica del patto interno di programmazione voleva significare rovesciare completamente il processo di *budget* annuale realizzato negli anni precedenti. Anziché partire dalla definizione degli obiettivi dei singoli centri di responsabilità, per il 2001 occorreva definire preliminarmente tutte le condizioni e le priorità di intervento:

— esplicitare chiaramente i problemi strutturali o di attrezzature che richiedevano immediata soluzione (acquisti di piccola entità o interventi strutturali improrogabili di costo limitato);

— esplicitare le procedure critiche da revisionare/snellire;

— impegnarsi al raggiungimento degli obiettivi definiti (il «patto» interno).

Questo impegno ovviamente significava coinvolgere da subito i principali referenti della direzione (le direzioni sanitarie degli ospedali, il responsabile dell'area territoriale e del dipartimento di prevenzione, i responsabili di area amministrativa, lo *staff* aziendale) e condividere con loro il «patto». Soltanto a partire dalla loro capacità preliminare di esplicitazione e confronto delle reciproche priorità e esigenze e di definizione di un reciproco impegno era possibile garantire un processo di programmazione di questo tipo.

Il patto, quindi, non doveva sostituirsi al processo di programmazione annuale per centri di responsabilità, ma porne le condizioni e i vincoli; operare come un filtro tra le priorità strategiche da un lato, e gli obiettivi operativi delle singole strutture dall'altro, predefinendo le risorse dispo-

nibili e gli obiettivi improrogabili nella definizione del programma di attività 2001.

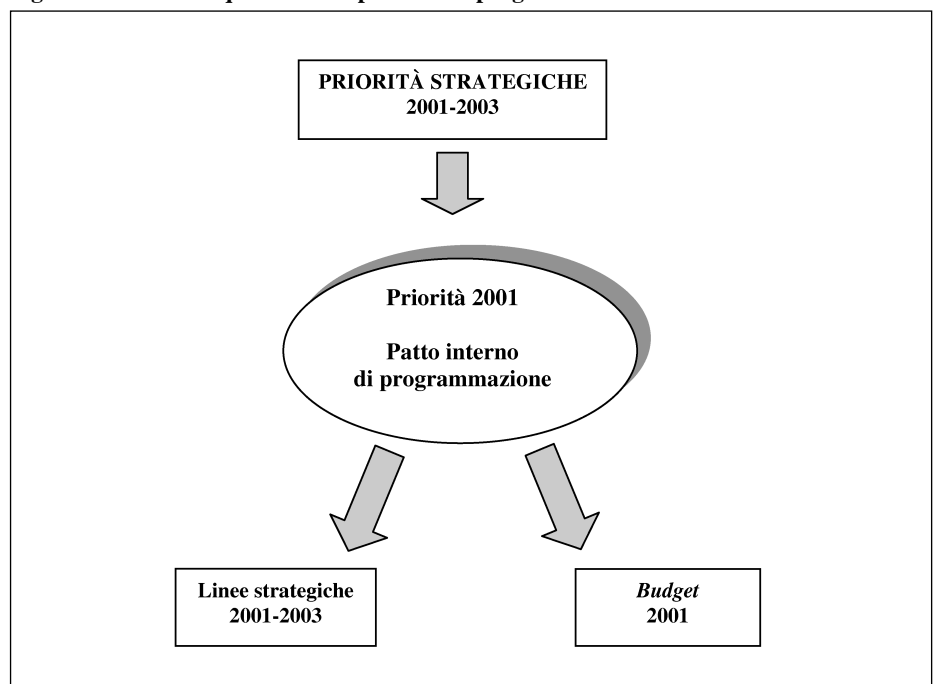
A seguito del «patto interno», sarebbe stato più facile procedere alla definizione del *budget* 2001 per Cdr e, dall'altra parte, alla definizione più compiuta di un documento strategico di programmazione pluriennale.

4. La metodologia di programmazione annuale

Il percorso di programmazione realizzato dalla Asl di Viterbo nel 2001 per definire le priorità interne è stato il seguente:

- 1) formulazione degli obiettivi;
- 2) classificazione degli obiettivi (in base ad alcune variabili);
- 3) graduatoria degli interventi;
- 4) elaborazione delle matrici di priorità/fattibilità;
- 5) selezione degli obiettivi da inserire nel «patto annuale»;

Figura 1 - Schema sequenziale del processo di programmazione



6) verifica della compatibilità tra obiettivi e risorse;

7) avvio del *budget* 2001.

A differenza degli anni precedenti, i punti 1-6 del processo devono essere considerati come un'anticipazione di alcune fasi del processo di programmazione, che di norma avveniva solo dopo la negoziazione di *budget* con i Cdr di produzione.

La partecipazione, intorno ad un tavolo ristretto (una sorta di direzione strategica allargata) dei principali responsabili dei servizi sanitari e dei servizi tecnico-amministrativi dell'azienda, è stata fondamentale per predefinire le priorità di intervento rispetto a questioni di particolare rilievo quali: la sicurezza delle strutture, l'applicazione del contratto e la definizione delle dotazioni organiche, l'acquisto di beni e servizi.

La negoziazione degli obiettivi di *budget* 2001 avrebbe quindi potuto giovare di un quadro di maggiore certezza, rispetto agli anni precedenti, sulle risorse disponibili.

Vediamo ora nel dettaglio ciascuna delle fasi del processo e le modalità operative con le quali sono state attuate.

4.1. Formulazione degli obiettivi

Come prima fase, la metodologia ha previsto la formulazione di un primo elenco di obiettivi specifici da realizzare entro il 31 dicembre 2001, coerenti con le quattro priorità strategiche definite dalla direzione (nuovi prodotti/servizi, presa in carico dell'utente, prevenzione, innovazione organizzativo-gestionale).

La lista degli obiettivi è stata formulata per aree aziendali, coinvolgendo un numero limitato di dirigenti (tabella 1).

Ad ognuno dei referenti è stata consegnata una scheda di rilevazione degli obiettivi suddivisa per aree.

Per ogni obiettivo formulato, era necessario definire:

— i tempi di realizzazione attesi;

— le risorse critiche per l'attuazione (ad esempio nuovo personale, completamento di lavori infrastrutturali, acquisti di attrezzature, acquisti di tecnologie, regolamenti attuativi, *software*, ecc.).

I criteri di selezione delle priorità avrebbero dovuto essere:

1) la visibilità interna/esterna dell'iniziativa;

2) la risposta ad una necessità/domanda improrogabile;

3) la chiusura di processi già avviati e in corso di ultimazione;

4) l'opportunità di utilizzo di fondi e risorse disponibili per lo specifico intervento.

Una volta completate le griglie, la direzione ha convocato varie riunioni con i referenti di area per verificare la lista. La riunione ha visto la partecipazione congiunta dei referenti, dal momento che alcuni obiettivi di singola area dovevano da subito essere condivisi con le altre aree, laddove vi fossero evidenti interdipendenze (ad esempio tra area ospedaliera e territoriale, tra aree sanitarie e area amministrativa, ecc.).

Questa prima verifica ha portato ad una ulteriore modifica della lista per singola area. Complessivamente, gli

obiettivi selezionati erano poco più di 100.

4.2. Classificazione degli obiettivi

Una volta definito l'elenco complessivo degli obiettivi, questi ultimi sono stati classificati in base alla principale tipologia di risorse necessarie:

— interventi infrastrutturali: tutti gli interventi richiedenti lavori di manutenzione ordinaria e straordinaria;

— pianificazione acquisti: tutti gli interventi richiedenti essenzialmente l'acquisto di nuove attrezzature o servizi;

— interventi su organizzazione e personale: tutti gli interventi richiedenti una modifica dell'organizzazione, azioni regolamentari o assunzioni di personale.

Tutti gli obiettivi di ciascuna area sono stati riclassificati in base a questo criterio.

La lista degli interventi riclassificati è stata inserita in una nuova scheda consegnata a ciascuno dei referenti.

Questa seconda scheda (tabella 2) era finalizzata ad assegnare ad ogni obiettivo un punteggio da 1 a 4 (in ordine crescente) a cinque variabili:

A - FATTIBILITÀ DECISIONALE

1 = senza accordo

2 = ostacoli

3 = accordo parziale

4 = fattibilità assoluta

Tabella 1 - Dirigenti coinvolti

AREA	REFERENTE
Area ospedaliera polo centrale	Direttore sanitario polo centrale
Area ospedaliera extra-polo	Direttore sanitario extra-polo
Area territoriale	Direttore area territoriale
Dipartimento di prevenzione	Direttore dipartimento di prevenzione
Area amministrativa	Direttore amministrativo
Servizio acquisto e vendita di prestazioni sanitarie	Responsabile servizio
Area <i>staff</i> di Direzione generale	Responsabile <i>staff</i> di Direzione generale

B - STATO DEI LAVORI

- 1 = progettazione preliminare
- 2 = progettazione esecutiva
- 3 = lavori avviati
- 4 = lavori quasi conclusi

C - PRIORITÀ TEMPORALE

- 1 = dopo il 2001
- 2 = 2001
- 3 = 1° semestre 2001
- 4 = subito

D - PRIORITÀ STRATEGICA

- 1 = minima
- 2 = secondaria
- 3 = importante
- 4 = fondamentale

E - IMPATTO E COMUNICAZIONE

- 1 = nessuno
- 2 = bassi
- 3 = alti
- 4 = massimi

Oltre a questi cinque variabili, la griglia prevedeva anche due ulteriori campi:

— l'indicazione se l'obiettivo era già stato inserito nel *budget* 2000 o potesse essere inserito nel *budget* 2001;

— uno spazio per eventuali note.

Per la compilazione di questo secondo tipo di schede è stato definito un periodo di circa 10 giorni, arrivando alla metà di novembre 2000.

Anche la direzione strategica ha elaborato una propria scheda, per tutti quegli interventi non riconducibili a nessuna area in particolare, ma riguardanti l'intera azienda.

4.3. Graduatoria degli interventi

I punteggi assegnati dai singoli referenti sono stati verificati, discussi e validati dalla direzione. Questo ha

consentito di arrivare ad un punteggio non basato unicamente sulle informazioni o sulle percezioni del singolo referente, ma su una condivisa e ponderata valutazione oggettiva.

Per quanto riguarda in particolare la fattibilità degli interventi, si è resa necessaria una puntuale verifica dei punteggi con i responsabili delle aree amministrative (in particolare area acquisti, immobili e tecnologie e area personale), oltre che a una verifica delle compatibilità di bilancio.

Secondariamente, sommando i punteggi assegnati a ogni intervento, tutti gli interventi sono stati riclassificati in ordine decrescente, in modo da fornire ad ogni area e alla direzione una prima gerarchia degli interventi (i punteggi andavano ovviamente da un massimo di 20 a un minimo di 5).

Tabella 2 - Scheda per a classificazione degli interventi

Interventi	Fattibilità decisionale	Stato dei lavori	Priorità temporale	Priorità strategica	Impatto e comunicazione	Anno di riferimento budget	Note
	da 0 a 4	da 0 a 4	da 0 a 4	da 0 a 4	da 0 a 4		
	1 = senza accordo 2 = ostacoli 3 = acc. parziale 4 = fatt. assoluta	1 = prog. prelimin. 2 = prog. esecut. 3 = avviati 4 = quasi conclusi	1 = dopo il 2001 2 = 2001 3 = 1° sem. 2001 4 = subito	1 = minima 2 = secondaria 3 = importante 4 = fondamentale	1 = nessuno 2 = bassi 3 = alti 4 = massimi	2000 2001 oltre 2001	

Tuttavia la sola graduatoria sulla base dei punteggi era considerata limitativa per definire una programmazione operativa, sia perché non facilitava una visione sinottica degli interventi afferenti alle diverse aree, sia (e soprattutto) perché i punteggi sommavano indicatori di natura diversa, alcuni riconducibili alla priorità, altri alla fattibilità. A parità di punteggio, quindi si potevano trovare interventi che avevano massima priorità ma bassissimi fattibilità o viceversa interventi facilmente realizzabili ma di scarsa rilevanza strategica e di basso impatto.

Per facilitare il processo decisionale era dunque necessario introdurre un criterio di ulteriore classificazione e selezione degli interventi.

4.4. Matrici priorità/fattibilità

Sulla base delle schede elaborate, sono state realizzate delle matrici sulle quali collocare tutti gli interventi.

Tali matrici, definite di priorità/fattibilità, servivano a visualizzare graficamente, in modo immediato, la collocazione degli interventi in una gerarchia di attuazione.

Le matrici sono state impostate posizionando gli interventi nel modo seguente:

— da un lato in base alla *priorità* (bassa - media - alta), attraverso una media dei punteggi relativi alle variabili:

- C - priorità temporale;
- D - priorità strategica;
- E - impatto e immagine;

— dall'altro lato in base alla *fattibilità* (bassa - media - alta), attraverso una media dei punteggi relativi alle variabili:

- A - fattibilità;
- B - stato dei lavori.

Sono state elaborate tre matrici, una per ciascuna tipologia di interventi:

1) matrice fattibilità/priorità degli interventi infrastrutturali;

2) matrice fattibilità/priorità degli acquisti;

3) matrice fattibilità/priorità degli interventi su personale e organizzazione.

L'elenco di tutti gli interventi relativi alle singole aree sono stati siglati con un codice di riferimento e numerati:

B	= Belcolle
POC	= Polo ospedaliero centrale
TQ	= Ospedale Tarquinia
CC	= Ospedale Civitacastellana
AQ	= Ospedale Acquapendente
PV	= Dipartimento di prevenzione
AT	= Area territoriale
AVPS	= Servizio acquisti e vendita prestazioni sanitarie
V	= Varie (interventi non riconducibili a nessuna area in particolare)
ASL	= Intera Asl
AA	= Area amministrativa
UOP	= U.o. personale
A-IA	= U.o. acquisti e U.o. immobili e tecnologie

Per ogni area gli interventi erano numerati progressivamente.

Si sono così configurate tre matrici, che hanno consentito di avere una prima visione sinottica e gerarchica di tutti gli interventi aziendali, per ognuna delle tre tipologie di interventi (matrice infrastrutture, matrice acquisti, matrice personale e organizzazione).

Tutti gli interventi sono stati così classificati secondo una gerarchia:

- interventi AA (alta priorità-alta fattibilità);
- interventi MA (media priorità-alta fattibilità);
- interventi AM (alta priorità-media fattibilità);
- interventi MM (media priorità-media fattibilità);
- interventi BA (bassa priorità-alta fattibilità), abbastanza rari;
- interventi AB (alta priorità-bassa fattibilità), più frequenti dei BA;

— interventi BM (bassa priorità-media fattibilità);

— interventi MB (media priorità-bassa fattibilità);

— interventi BB (bassa priorità-bassa fattibilità).

4.5. Selezione degli obiettivi

Una volta elaborate le matrici, il passaggio successivo per la direzione è stato quello di verificare la collocazione degli interventi sulle matrici e elaborare la lista definitiva degli interventi da collocare nel «patto interno», come gli interventi da attuare improvvisamente nel 2001.

Questa lista è stata definita come «lista degli AA»; tuttavia non ci si è limitati a prendere gli interventi collocati nella matrice nel quadrante in alto a destra (gli «AA» appunto); al contrario, la direzione ha individuato quali sforzi diventavano prioritari per:

— aumentare la fattibilità di interventi prioritari (ad esempio, all'interno dei quadranti AM o AB);

— considerare prioritari anche interventi ad alta fattibilità (gli MA);

— inserire nella lista interventi di tipo MM.

Nelle matrici questi interventi sono stati indicati con un cerchietto in grassetto, proprio ad indicare una loro ulteriore indicazione di priorità da parte della direzione.

A questo punto il processo di programmazione preliminare al *budget* 2001, quello che era stato definito il «patto interno» poteva considerarsi concluso. Questo risultato è stato raggiunto a dicembre 2000.

Sono state quindi stilate tre «liste di interventi AA», una per le infrastrutture, una per gli acquisti e una per il personale e l'organizzazione, che hanno funzionato da quadro di riferimento per la programmazione analitica e operativa, che sarebbe stata avviata con l'invito al *budget* 2001.

4.6. Invito al budget 2001

L'avvio del processo di *budget* 2001 è avvenuto nel mese di febbraio 2001.

Rispetto agli anni precedenti, il processo presentava una maggiore semplificazione e rapidità, resa possibile anche da una maggiore semplicità della scheda, contenente al massimo sei obiettivi:

— tre/quattro obiettivi relativi alla produzione e all'appropriatezza misurabili in VOLUMI;

— due obiettivi relativi a PROGETTI di organizzazione, di qualità, di razionalizzazione delle risorse.

Ma soprattutto, il *budget* poteva avvalersi dei risultati della definizione del «patto» che predefiniva le priorità di intervento, già verificate con i servizi amministrativi. Questo avrebbe consentito di evitare la famosa «rincorsa alle risorse» successiva alla negoziazione di *budget* e, in particolare, di far coincidere in prima battuta la programmazione dei servizi amministrativi con la realizzazione degli interventi già inseriti nelle liste AA, salvo operare piccole rettifiche a seguito della chiusura del *budget* negoziale per Cdr.

5. Conclusioni

I risultati raggiunti alla fine del 2001 sono stati molto incoraggianti, sia sotto il profilo della realizzazione operativa che dello sviluppo organizzativo:

— sono stati raggiunti tutti i risultati portati a *budget* e cioè tutti gli interventi classificati AA (alta priorità-alta fattibilità) e la parte definita degli interventi classificati MA (media priorità-alta fattibilità);

— si sono poste le condizioni per preparare con largo anticipo e con maggiore precisione un processo di

budget 2002 molto più legato al rapporto risultati-risorse;

— si sono contestualmente e necessariamente modificate numerose procedure operative: acquisti sotto soglia, regolamento fondi e cassa economale, pre-accredito fornitori, pagamento fornitori accreditati, processi di delega, procedure di deliberazione, ecc.;

— si è venuto a delineare una sorta di riorientamento strategico della funzione di supporto svolto dall'area amministrativa, vista da un lato come garante della legittimità, trasparenza, deburocratizzazione dell'azione e dall'altro come co-pratagonista del processo di cambiamento.

Come anticipato nei punti precedenti è possibile affermare che il processo messo in atto ha raggiunto il successo previsto.

In particolare la capacità di acquistare i beni e le tecnologie, reclutare-selezionare ed inserire le risorse umane, effettuare le manutenzioni o ristrutturazioni previste, ha determinato un effetto «credibilità» molto importante: è interessante notare che in realtà il volume di attività gestito, in termini economico-contabili, è stato superiore a quello dell'anno precedente del 20% solamente.

Ciò può significare, almeno per i risultati ottenuti nel primo anno, che la presunta incapacità di supporto dell'area amministrativa era in realtà largamente attribuibile alla mancanza di indirizzi e decisioni precisi ed a un continuo sbandamento durante l'anno tra il raggiungimento di un obiettivo ed un altro. Certamente questa situazione non migliorava in presenza di procedure comunque troppo tortuose e burocratiche.

In questo percorso una delle difficoltà principali è stata la necessaria presenza, in tutte le fasi, della direzione generale al completo: direttore generale, sanitario ed amministrativo.

La loro presenza, anche nelle riunioni più operative, ha consentito di blindare i gruppi al lavoro programmato, prendere decisioni velocemente anche nella definizione delle prassi amministrative, gestire le eccezioni in tempi brevi, gestire i rischi in tempo reale.

Certamente per il futuro non è immaginabile che la direzione possa dedicare tanta parte del proprio tempo a seguire così da vicino alcuni processi operativi. In questo senso alcuni segnali positivi già sono evidenti, come nel caso delle «deliberazioni» prese dal direttore generale: nel 2000 le deliberazioni sono state circa 2300 e le determinazioni dirigenziali circa 200. Nel 2001 le deliberazioni sono state circa 1000 e le determinazioni circa 1100. Nel 2002 circa 600 contro 1300 determinazioni (avendo una diminuzione del numero complessivo). A prima vista potrebbe sembrare un esempio di non grande impatto per la vita aziendale; in realtà invece passa ancora troppo tempo dal momento in cui una decisione «viene presa dal direttore generale» ed il momento in cui l'azienda è in grado amministrativamente e giuridicamente di renderle esecutive. Non intervenire drasticamente in questo ambito porta il rischio di pregiudicare il raggiungimento dei risultati programmati.

Come altra area critica si segnala l'ancora insufficiente collegamento tra attività di programmazione e controllo operativo da un lato e la programmazione e controllo contabile dall'altro.

In effetti è stato detto che tutte le attività pianificate sono state effettuate; riteniamo che molto lavoro rimanga da fare nella predisposizione di un bilancio economico di previsione che sia realmente specchio fedele dei risultati voluti e delle attività programmate. Per il 2002 sono stati previsti grossi investimenti in sistemi informativi (*dataware housing* solo per fa-

re un esempio) che consentano un controllo, durante tutto l'anno, dei fattori interni (fattori produttivi) e di quelli esterni (privato accreditato).

La scientificità dell'approccio ci porta a dire che potrebbe senz'altro essere un'esperienza esportabile a tante altre aziende.

Certamente ciò può essere veritiero per quella parte di aziende che hanno la caratteristica di essere il risultato dell'accorpamento di aziende più piccole (ex Ulss), dove spesso ancora oggi si scontano gli effetti di mancate ristrutturazioni aziendali per cui l'area amministrativa è, di fatto, la somma algebrica di precedenti aree e procedure amministrative.

Un'altra tipologia di aziende per cui si prefigura il successo dell'implementazione di un simile processo è rappresentate da quelle aziende che ancora oggi si trovano nella parte ini-

ziale (2-4 anni) del percorso di implementazione dei sistemi di pianificazione-programmazione-controllo; in queste aziende il continuo intrecciarsi di eterogenee esigenze operative grava pesantemente sulla capacità di raggiungere migliori risultati.

Ma il fattore determinante per l'efficacia della ridefinizione del processo di programmazione e controllo operativo è da ricercare nel riorientamento complessivo dell'area amministrativa: da elemento di crisi del sistema a motore di sviluppo. È stato necessario ristrutturarla e riorganizzarla, anche attraverso la creazione di percorsi di carriera per il comparto e di responsabilizzazione ed incentivazione per la dirigenza; accentrare uffici e persone, cambiare modalità operative, procedure e sistemi di controllo.

Riorientare la propria cultura a garanzia della legittimità e della deburo-

cratizzazione ed anche a garanzia di migliori risultati di salute.

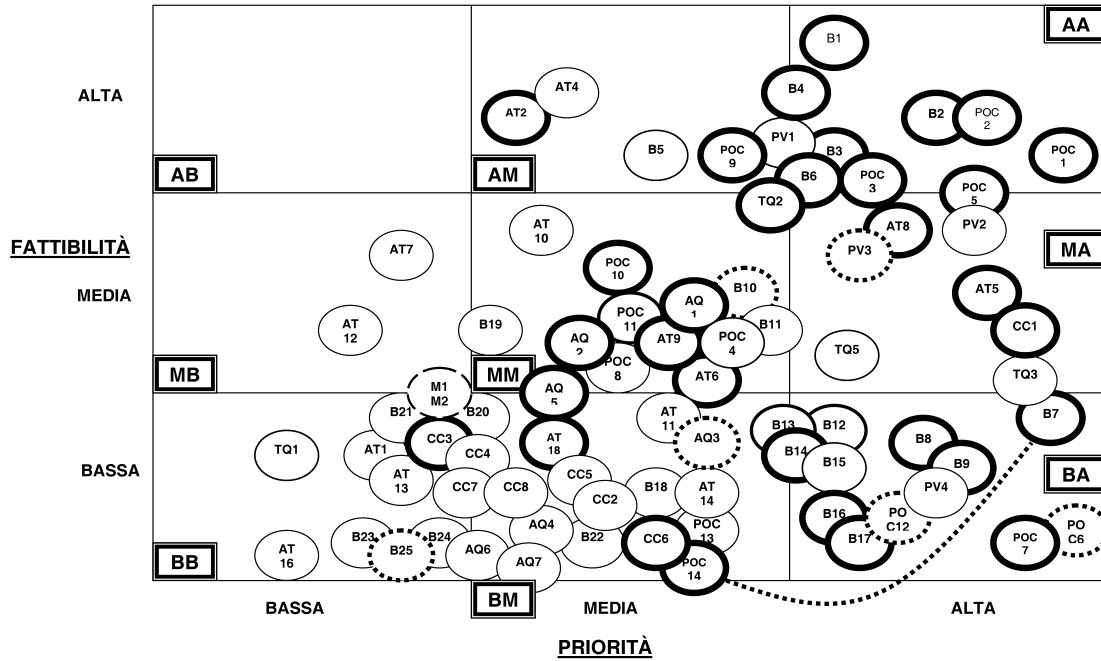
BIBLIOGRAFIA

- AA.VV. (2000) *After the merger: seven rules for successful post-merger integration*, Financial Times Prentice Hall, London.
- AA.VV. (1988) *La programmazione e il controllo di gestione nelle strutture sanitarie*, McGraw-Hill, Milano.
- AA.VV. (2001) *L'evoluzione della funzione amministrativa*, Egea, Milano.
- BORGONOV E., MENEGUZZO M. (1985), *Processi di cambiamento e di programmazione nelle Unità sanitarie locali*, Giuffrè, Milano.
- DEL VECCHIO M. (1995), «Strategia e pianificazione strategica nelle aziende sanitarie pubbliche», *Mecosan*, 14, pp: 20-32.
- LEGA F. (1997) «Prospettive e limiti per un approccio dialettico alla pianificazione strategica nelle aziende sanitarie pubbliche», *Mecosan*, 24, pp: 11-27.
- TANESE A. (1999), «Sviluppare le capacità di apprendimento organizzativo nelle aziende sanitarie», *Mecosan*, 29, pp: 45-61.

APPENDICE

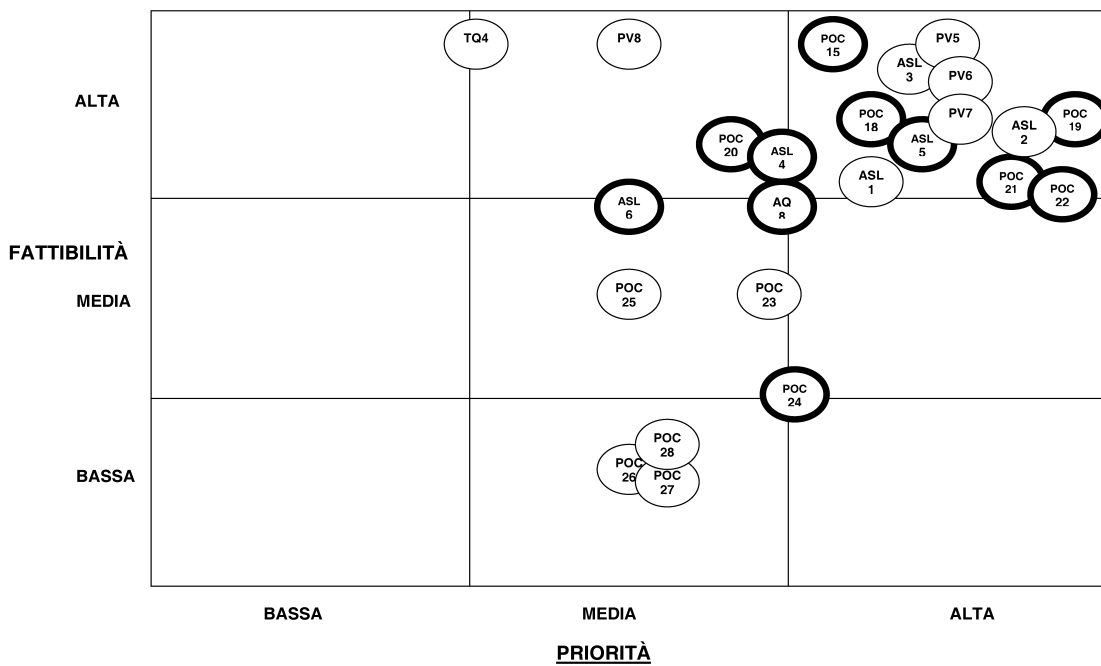
Programmazione interventi infrastrutture

MATRICE PRIORITÀ/FATTIBILITÀ

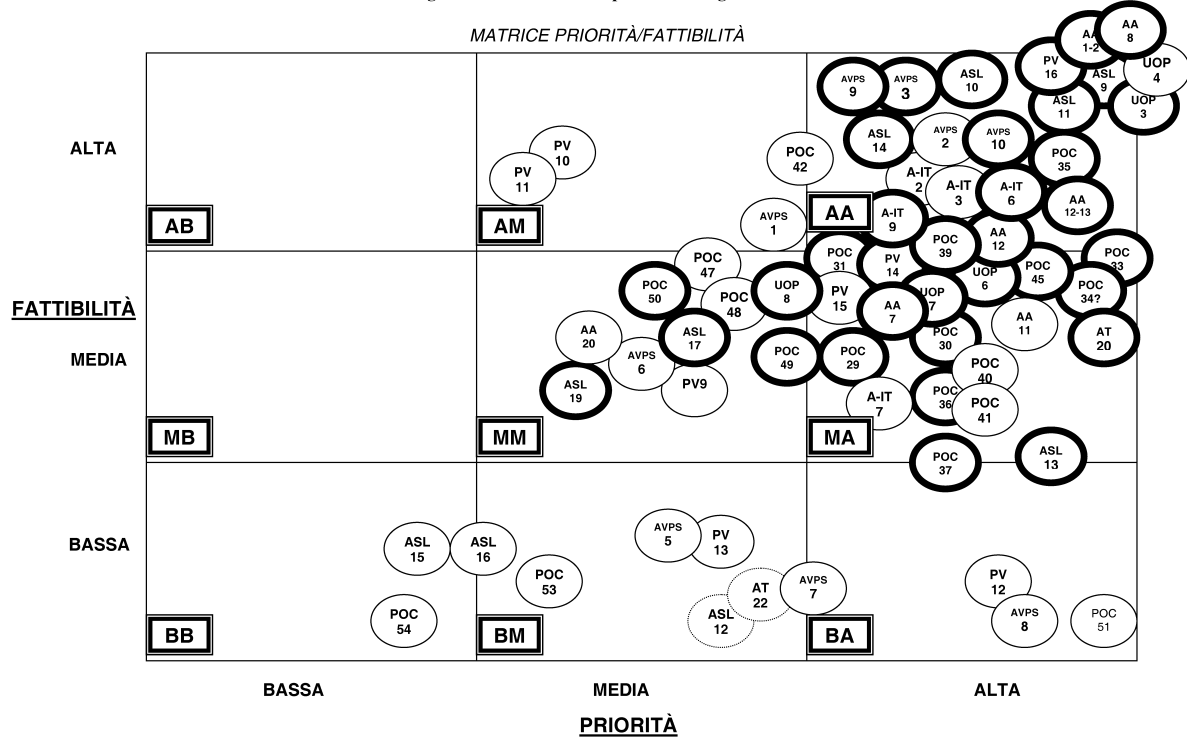


Programmazione interventi acquisti

MATRICE PRIORITÀ/FATTIBILITÀ



Programmazione interventi personale e organizzazione



La sanità nel mondo

Sezione 4^a

MECOSAN



click

Gentile abbonato,

la copia esatta di *MECOSAN* «cartaceo» è disponibile nel 2003 anche in «CD rom».

In questo modo Le è possibile, con un semplice click:

- ✓ visualizzare e consultare la rivista *MECOSAN* in formato pdf, mediante l'applicazione Acrobat Reader, «sfogliandola» come nel formato cartaceo;
- ✓ «navigare» nella rivista *MECOSAN* andando direttamente alle sezioni o agli articoli di maggior interesse;
- ✓ fare ricerche «per frase» nei testi di tutto il fascicolo.

La **SIPIS** Le offre il primo CD rom 2003 in supplemento al n. 45 di *MECOSAN* per consentirLe quale abbonato di *MECOSAN* di valutarne le potenzialità di approfondimento e di ricerca.

IL DIRETTORE EDITORIALE

***RINNOVI, PERTANTO,
SUBITO L'ABBONAMENTO
A MECOSAN 2003,
SE NON LO HA ANCORA FATTO***

LA FORMULAZIONE DEI PROGETTI DI INNOVAZIONE STRATEGICA TRA FORMA E SOSTANZA: IL CASO DEGLI OSPEDALI FRANCESI

Didier Vinot

Université Jean Moulin, Lyons, France
National Centre of Scientific Research, GRAPHOS CNRS

Salvatore Russo (traduzione e adattamento a cura di)

Università Ca' Foscari di Venezia, Dipartimento di Economia e Direzione Aziendale

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Il particolare contesto degli ospedali pubblici francesi ed il quadro teorico generale - 3. Metodo - 4. Risultati - 5. Discussione - 6. Conclusioni - 7. Appendice: l'organizzazione generale del sistema sanitario francese.

1. Introduzione

In Francia, la legislazione richiede agli ospedali pubblici di redigere dei progetti strategici con una valenza pluriennale. Ma «scrivere un progetto» è cosa diversa dal «fare un progetto». Come può essere quest'obbligo trasformato in un approccio alla gestione del cambiamento? Nel *paper* si suppone che le leve del cambiamento possano essere individuate mediante l'integrazione di quattro dimensioni e precisamente:

- a) il contesto socioeconomico di riferimento;
- b) gli sforzi sociali interni e la capacità finanziaria;
- c) la definizione di una metodologia di progetto;
- d) la definizione di un processo di valutazione.

La capacità di un ospedale di migliorare la propria pianificazione strategica può essere misurata tenendo conto prioritariamente delle seguenti dimensioni:

- a) l'impatto della tecnologia;
- b) l'integrazione delle esigenze sanitarie pubbliche a livello nazionale e regionale;
- c) le aspettative dei pazienti riguardanti in particolare la sicurezza,

l'informazione sui rischi e la qualità dei servizi sanitari (valutazione);

d) la coerenza complessiva tra lo sviluppo dell'offerta (acquisizione di nuove tecnologie in senso lato), le priorità e la politica sanitaria pubblica, nonché le attese dei pazienti

L'approccio a tale coerenza globale non può che avvenire con una metodologia recursiva.

La teoria generale è incentrata su un'analisi di interazioni dei differenti ambiti del *management* sanitario.

A livello empirico, si è poi compiuta un'analisi su un campione di 37 progetti strategici di ospedali pubblici. L'analisi si è basata su otto tematiche principali (metodo formale della pianificazione a livello politico, integrazione e contesto ambientale, diagnosi interna, dimensione prospettica, principi di coerenza globale, modularità e flessibilità, dati finanziari, processo di valutazione) e duecento domande.

Infine, la bontà di un piano strategico sarà misurata, non sulla base dei suoi contenuti, ma mediante le sue capacità di:

- a) cambiare le rappresentazioni interne della missione degli ospedali;
- b) possedere una sua aderenza alle attese sociali ed alla politica sanitaria pubblica.

I risultati vengono a dipendere, da un lato, dalle peculiarità del contesto francese e dalle singole politiche regionali, dall'altro lato, dalla tipologia dei progetti strategici esaminati. È bene precisare a tal proposito che si è preferito dare importanza ad un maggiore approfondimento dei casi, piuttosto che puntare ad un'analisi quantitativa basata sui questionari.

2. Il particolare contesto degli ospedali pubblici francesi ed il quadro teorico generale

La legge del 31 luglio 1991 impone agli ospedali pubblici francesi di redigere dei *project d'établissement* (Il termine progetto è la traduzione letterale, ma se se ne considerano i contenuti e la durata, lo strumento assume la valenza di un vero e proprio piano strategico - *n.d.t.*). La normativa sanitaria stabilisce precisamente che: «i *project d'établissement* sono definiti in base a un progetto medico, agli obiettivi generali dell'ospedale in ambito medico e sanitario, agli obiettivi di politica sociale, ai piani di formazione, ai sistemi di gestione e informazione. Tale piano strategico, che deve essere compatibile con il piano organizzativo sanitario regionale (*Schéma*

régional d'organisation sanitaire, SROS), determina le risorse necessarie per l'ospedalizzazione, il reclutamento del personale, le attrezzature che sono necessarie per raggiungere gli obiettivi. Il *project d'établissement* ha una durata di cinque anni».

È importante notare che la legge del 1991 non è stata affatto chiara sui contenuti di tali strumenti.

È descritta l'articolazione formale del piano, ma nulla si dice sui suoi contenuti. Per la situazione francese ciò è completamente inusuale, a maggior ragione se si considera che il piano sanitario francese è tradizionalmente avvocato alla sfera del Ministro della sanità: i Direttori generali degli ospedali sono soliti attuare le direttive provenienti da parte degli organi centrali a livello dello Stato anziché negoziarli con questi. Così, con il *project d'établissement* si è palesato un nuovo ruolo per i direttori generali degli ospedali. Ciò è apparso come una nuova forma di legittimazione e durabilità in questo nuovo ampliamento della discrezionalità per la definizione delle strategie ospedaliere.

Cinque anni più tardi, il governo francese, dopo aver constatato l'inefficienza della normativa sanitaria del 1991, ha deciso di trasformare tali strumenti, attribuendo loro una sorta di inderogabilità nella legge del 26 aprile 1996, recante la riforma sanitaria. A titolo esemplificativo, i *budget ospedalieri* sono approvati dopo la convalida del *project d'établissement* da parte dello Stato e sono declinati in «contratti di obiettivi e risorse» (*Contrats pluriannuels d'objectifs e de moyens*).

Questo tipo di contratti, conclusi tra le Agenzie regionali per l'ospedalizzazione e gli ospedali pubblici e privati a scopo non lucrativo, determinano gli orientamenti strategici degli ospedali, tenendo conto degli obiettivi fissati nel SROS e definendo le fasi e i

processi di realizzazione, coerentemente a quanto stabilito nei progetti medici e nei *project d'établissement*.

In altre parole, se il progetto non è approvato o i contratti non sono siglati tra un ospedale e lo Stato francese, cessano i finanziamenti pubblici per l'ospedale. Il limite diviene senz'altro più strenuo. Per maggiore dettaglio, in appendice sono brevemente descritti le principali regole e gli attori del sistema sanitario francese.

Di conseguenza è possibile osservare un paradosso nel sistema di regolazione sanitaria in Francia, i cui aspetti più rilevanti sono qui di seguito evidenziati. Da una parte, l'Autorità regionale sanitaria pubblica negozia piani e contratti con gli ospedali, fatto che sta essenzialmente a significare una relativa discrezionalità tra i contraenti e la possibilità, per il direttore generale dell'ospedale, di costruire un piano strategico concreto, dall'altra parte, le Autorità regionali sanitarie pubbliche stabiliscono le modalità mediante cui gli ospedali devono ristrutturarsi, non riservando loro alcun margine di decisione. Questo caso può essere ricondotto, a livello teorico, all'«imposizione paradossale» di Watzlawick, che mostra un capo che dice ai suoi impiegati: «Io non voglio che voi facciate ciò che io voglio; voglio che voi vogliate ciò che io voglio che voi facciate!» che potrebbe equivalere a dire: «non obbedite ai miei ordini!».

I contenuti del *project d'établissement* saranno visti secondo l'impostazione classica del *management* sanitario, ovvero:

1) prospettive degli obiettivi sanitari (secondo la sequenza, sviluppo, consolidamento o cessazione delle attività);

2) capacità di prestare attenzione agli obiettivi per integrare prospettive di cura, politiche sociali e di formazione, *management* ed organizzazione,

capacità interne di investimento, capacità dell'ospedale di far fronte alla domanda generale o specifica della popolazione.

In tal modo il progetto dovrebbe integrare in una prospettiva minima:

— l'impatto della tecnologia;

— l'integrazione delle priorità sanitarie pubbliche (nazionali e regionali);

— le aspettative dei pazienti, concernenti in particolare la sicurezza, l'informazione sui rischi e la qualità della prestazioni (valutazione);

— la coerenza globale tra sviluppo dell'offerta (acquisizione di nuove tecnologie in senso lato), politiche e priorità sanitarie pubbliche e aspettative dei pazienti.

Ciò sarà spiegato nel corso della presentazione della scala di analisi.

Un altro importante accento va posto sugli attori ritenuti responsabili. Poiché, come si è già avuto modo di affermare, redigere un piano (o progetto) è cosa diversa dal fare un piano (progetto), l'analisi si focalizza sulle differenti modalità con cui le persone, all'interno ed all'esterno dell'ospedale, faranno proprio il piano. Pertanto occorre considerare le diverse attitudini degli attori che riguardano il contenuto ed il processo di costruzione del piano: il Direttore generale (*directeur*), o meglio ancora la direzione strategica (direttore generale, direttore del personale, direttore sanitario), il Consiglio di amministrazione (*conseil d'administration*) (il cui Presidente, per gli ospedali pubblici rientranti nella circoscrizione comunale è il sindaco del comune di appartenenza, mentre per gli ospedali pubblici rientranti nel dipartimento è il presidente del consiglio generale), la *Commission médicale d'établissement* (Commissione sanitaria dell'ospedale) ed il suo presidente, il direttore del servizio delle cure infermieristiche, le associazioni professionali ed i sindacati, ma anche i di-

rigenti dell'Agenzia regionale per l'ospedalizzazione, le Autorità sanitarie di dipartimento, i Rappresentanti regionali e locali della Sicurezza sociale nazionale ecc. Quindi, sarà di estrema importanza, nell'analisi del *project d'établissement*, osservare le strategie di potere e le relazioni d'influenza tra gli attori in relazione ai contenuti descritti.

Ciò detto, l'analisi si riferisce ai due maggiori aspetti del piano: il suo contenuto ed il contesto di riferimento. A questo riguardo è bene porsi 2 questioni. Come può ciò che appare come un limite essere trasformato in una qualche forma di gestione del cambiamento? Come può il direttore generale superare la «paradossale imposizione» proveniente dagli obiettivi prefissati in sede di definizione delle politiche sanitarie? In effetti, da un punto di vista teorico, ciò potrebbe rientrare tra quelle che comunemente sono viste come peculiarità del *management* pubblico francese. La teoria generale si concentra su un'analisi di interazioni dei differenti ambiti del *management* sanitario.

Si supporrà che le leve del cambiamento possano essere individuate mediante l'integrazione di quattro dimensioni:

- 1) il contesto socioeconomico;
- 2) gli sforzi sociali interni e la capacità finanziaria;
- 3) la definizione di una metodologia di progetto;
- 4) la definizione del processo di valutazione.

La capacità di un ospedale di migliorare il suo piano strategico può essere misurata dalla sua abilità nel prendere in considerazione le suddette quattro dimensioni e porle in una coerenza dinamica. Tale coerenza globale può soltanto essere approssiata mediante una metodologia ricorsiva.

3. Metodo

Si è eseguita un'analisi di 37 *project d'établissement* di ospedali pubblici, redatti tra il 1994 ed il 2000. I piani/progetto coprono due periodi storici contraddistinti da due normative diverse, quella del 1991 e quella del 1996 e, nella maggior parte dei casi, è possibile analizzare i risultati del progetto nell'organizzazione. Gran parte dei risultati proviene dalla stessa regione, Rhône-Alpes, che rappresenta la seconda area geografica francese in termini di popolazione. Tale precisazione rileva ai fini della comparazione, poiché gli ospedali, per essere messi a confronto, devono trovarsi in contesto analogo: se il contesto muta, deve mutare per ogni ospedale. Inoltre, tale configurazione è stata più semplice per determinare gli obiettivi sanitari generali e regionali.

Il materiale analizzato è costituito da:

- piani strategici;
- documenti pubblici concernenti gli obiettivi sanitari regionali determinati dalle Autorità sanitarie;
- dati provenienti dal sistema informativo sanitario regionale;
- indicatori sulla complessità delle attrezzature;
- un numero variabile da 2 a 5 interviste semi-strutturate in ciascun ospedale, specialmente con i direttori generali, i direttori sanitari, i presidenti del consiglio d'amministrazione, associazioni e sindacati ecc.

L'analisi si è basata su otto tematiche principali, articolate in duecento punti:

- progetto a livello politico: contenuti, forma di elaborazione, natura del progetto politico;
- metodo formale: natura del metodo, team di progetto, integrazione dei soggetti esterni, genere di informazione e identità degli utenti;

— integrazione dell'ambiente: profili dei pazienti (origini, appartenenza socioeconomica e professionale), analisi incrociate, aree di attrazione e loro evoluzione, analisi delle differenti modalità con cui i pazienti vengono curati in ospedale (organizzazione del *management* sanitario, *network* professionali), dati epidemiologici, dati demografici, offerta sanitaria locale, forme di relazione con la medicina ambulatoriale, agenzie regionali per l'ospedalizzazione, assicurazioni sociali, associazioni professionali;

— diagnosi interne: gamma di lavoro e competenze, tipologia di medici ed infermieri, reputazione, risorse materiali, risorse finanziarie, attività globali e specifiche (e in particolare unità di emergenza, che rappresentano in Francia la modalità più frequente con cui i pazienti vengono ammessi all'ospedale);

— dimensione prospettica: esistenza di un'indagine prospettica e scenari per il futuro, analisi della credibilità di questa indagine, integrazione dell'indagine nel progetto globale;

— principi di coerenza globale, modularità e flessibilità: analisi delle coerenze interne ed esterne, coerenze verticali e orizzontali. Per esempio, la coerenza tra il progetto e le missioni legali dell'ospedale, coerenza tra il progetto formale ed il progetto politico, coerenza tra gli obiettivi generali e le risorse interne, posizioni lavorative, capacità, analisi delle complementarità del progetto con l'offerta sanitaria locale, capacità del progetto di integrare, sviluppare, coordinare i *network* sanitari;

— dati finanziari:

i) impatto del progetto sulle politiche di investimento riguardanti gli edifici, le attrezzature tecniche, le risorse umane, impatto sul *budget* corrente;

ii) fonti degli investimenti: ricorso al prestito, autofinanziamento, sovvenzioni pubbliche;

— processo di valutazione: autovalutazione dei progetti, team di valutazione, funzioni, tipi di risultati, azioni correttive.

4. Risultati

Per quanto riguarda i dati emersi, qui di seguito si procede con un'analisi per punti.

4.1. Progetto politico

La lettura dei progetti sembra evidenziare due idee principali: nei progetti più vecchi (prima del 1996) la natura del progetto politico si concentra il più delle volte sulle prospettive di articolazione, domanda per nuove attrezzature e sviluppo di nuove specialità in medicina. Il contenuto del progetto è anche focalizzato sulla motivazione e la formazione dei dipendenti. Dopo il 1996, rileva invece la natura dei cambiamenti dei progetti politici: diventa più strategico il significato del processo di cura nella sua essenza. La selezione dei trattamenti, la *partnership* con la medicina ambulatoriale o con altre strutture sanitarie sembra divenire sempre più un imperativo.

4.2. Metodo formale

In circa la metà dei progetti esaminati, il metodo non è esplicito. Negli altri progetti (ed in tutti i progetti redatti dopo il 1998) viene invece spiegato il metodo. Il più delle volte c'è l'intervento del consulente esterno, il cui ruolo varia secondo le differenti situazioni: in molti casi il consulente rappresenta una garanzia per il metodo, in particolare per la diagnosi ambientale e l'individuazione dei punti di debolezza e di forza interni ed

esterni. In pochi casi il consulente ha redatto il piano con il direttore generale senza che ci fosse la partecipazione di altri soggetti operanti all'interno dell'ospedale. Infine in tre casi il consulente (il medesimo peraltro nei tre casi!) ha applicato un metodo ma anche giocato il ruolo di negoziatore tra l'ospedale, le agenzie regionali per l'ospedalizzazione ed altre strutture sanitarie. In questi casi, il suo ruolo consiste nell'intermediare tra i vari soggetti che sono soliti non collaborare.

4.3. Integrazione dell'ambiente

Nella maggior parte dei casi (34/35), viene presentata un'analisi del contesto ambientale. Ma l'ambiente è visto il più delle volte soltanto in un modo: la situazione demografica ed epidemiologica dei pazienti. Con riferimento alla mancanza di informazioni riguardanti il sistema competitivo, la maggior parte degli ospedali non esamina la posizione delle altre strutture sanitarie. Con riferimento alla medicina ambulatoriale, soltanto due ospedali presentano i risultati di un'indagine concernente i produttori privati. Le relazioni con le assicurazioni sociali e le organizzazioni professionali non vengono mai presentate, né tanto meno analizzate.

4.4. Diagnosi interna

In 28 casi, la diagnosi interna mostra una presentazione delle attrezzature, delle risorse umane ed attività generali presentate in numero di giornate, numero di posti-letto per specialità, durata della degenza. In 3 casi soltanto l'analisi si concentra sulle competenze specifiche ed esplica il processo di cura. Si può notare che in un caso soltanto traspare un problema nella diagnosi interna.

4.5. Dimensione prospettica

Rappresenta certamente la dimensione più debole tra tutte quelle esaminate. Nessuno scenario o indagine prospettica sono esposti (il che non significa che non esistono!). Talvolta, più precisamente in tre progetti, viene presentata una considerazione globale sulle prospettive future della salute della popolazione, ma non ne vengono quantificati i riflessi nell'organizzazione dell'ospedale.

4.6. Coerenza globale

Due tendenze sembrano emergere. La prima è incentrata sull'ospedale: dopo una presentazione delle debolezze dell'ospedale riguardante la sua missione, un «catalogo» di molti progetti medici è descritto con il rafforzamento delle dimensioni tecniche. Il secondo è focalizzato sull'ambiente: se l'agenzia regionale per l'ospedalizzazione manifesta l'esigenza di una nuova unità di emergenza, l'ospedale dovrà crearla; se vuole un'unità neonatale, dovrà crearla pure. La coerenza globale non è vista nella prospettiva dell'organizzazione interna, ma viene vissuta rispetto all'autorità pubblica. L'ospedale pubblico richiama le statuizioni dell'autorità sanitaria pubblica quando essi favoriscono i suoi interessi.

4.7. Dati finanziari

I dati generali vengono presentati in tutti i progetti. Ma il loro impatto sull'organizzazione quotidiana viene esaminato raramente (5 casi su 35). Tutti i documenti presentano dati economici centralizzati, non è esposto un *budget* previsionale per dipartimento o servizio.

Quanto al processo di valutazione, sono pochi progetti menzionano un processo di valutazione. Quando è

spiegato, è correlato con l'organizzazione del progetto. Non sono menzionati diagrammi cronologici (GANTT, PERT) o processi di controllo

5. Discussione

Ciascun ambito dei differenti progetti dovrebbe essere visto come un polo di attrazione che innesca ogni volta una dinamica specifica. Si tratta così di valutare non ogni singola voce, ma il suo grado di coerenza con le altre. Si può pensare che non esista una buona strategia per l'ospedale (vale a dire un buon contesto, delle buone risorse, dei buoni pazienti ecc.), ma un necessario bilanciamento tra i differenti poli di attrazione.

Il coordinamento di un progetto qual è il *project d'établissement*, può pertanto essere considerato come un bilanciamento tra le suddette differenti dimensioni. La gestione del progetto consiste nella prospettiva di rivalutare internamente ed esternamente la coerenza del progetto stesso, ma anche le sue opportunità in termini di flessibilità e modularità dei diversi programmi che lo compongono. Il piano strategico diviene così uno strumento di intermediazione con il quale l'ospedale negozia con l'Agenzia sanitaria di Stato e con i *manager* interni (medici, infermieri, amministrativi).

In altre parole, un buon piano *project d'établissement* si misurerà non per i suoi contenuti, ma per le sue capacità di:

- mutare le rappresentazioni interne della *mission* dell'ospedale;
- contemperare le attese sociali con la politica sanitaria pubblica.

Ciò può accadere, da un lato, incardinando il *projet d'établissement* nel sistema di pianificazione sanitaria che, a partire dal livello centrale, trova maggiore concretizzazione proprio negli strumenti adottati dagli ospedali; dall'altro lato, attribuendo a questi ul-

timi una maggiore autonomia nel rispetto di prefissati livelli di economicità che siano in grado di soddisfare la domanda da parte del bacino di utenza. La struttura attuale degli strumenti di pianificazione, così congegnata, rischia invece di provocare risultati trascurabili, se non addirittura «perversi» e poco aderenti alle reali esigenze, vanificando l'attività dei *manager*.

Per avvalorare questo punto di vista, si può analizzare cosa succede se soltanto uno o due dimensioni sono prese in considerazione nella gestione del piano. Dovrebbero emergere specifiche *patologie*:

— *statuizioni prive di riscontro reale*: in alcuni casi la strategia generale di un ospedale può essere riassunta mediante discorsi ripetitivi del *manager*, che non possono trovare concreta attuazione in strumenti gestionali, ma il cui obiettivo consiste nel soddisfare alternativamente ogni soggetto interessato. In questa prospettiva il discorso non può indurre a nessun cambiamento nell'organizzazione. Può dar luogo essenzialmente ad una strategia di tipo retorico;

— *gestione per opportunità*: la direzione di un piano focalizzata esclusivamente sul contesto organizzativo può condurre ad una gestione per opportunità, trascurando la prospettiva globale. Di conseguenza il piano è in grado di adempiere alle direttive provenienti dallo Stato ed è complementare ad i piani formulati dagli altri ospedali, ma i soggetti dell'organizzazione non possono farlo proprio;

— *misurazione ossessiva*: in gran parte degli ospedali pubblici francesi la misurazione delle attività interne è realizzata ai fini di un controllo esterno. Il più delle volte gli strumenti adoperati non si rivelano granché utili per il *management* ospedaliero. Al fine di negoziare con le agenzie sanitarie o contraddirle, gli ospedali cadono sovente nella tentazione di svi-

luppate propri strumenti atti a misurare l'attività. Ciò sta a significare che il *management* ospedaliero può essere più interessato alla misurazione delle prestazioni di cura e delle attività, piuttosto che all'appropriatezza di queste attività;

— *fede in un'eccessiva formalizzazione*: consiste nell'attenersi rigidamente al metodo e dimenticare lo scopo del piano. In tal modo gli strumenti diventano obiettivi. Tale tendenza è favorita dall'Agenzia sanitaria di Stato al fine di poter comparare le diverse organizzazioni. Ma questi metodi, il più delle volte sono sviluppati in contesti regionali specifici o proposti da uffici di consulenza tanto da generare un nuovo mercato che è in grado di influenzare le decisioni pubbliche in materia sanitaria;

— *miopia dell'azione*: i professionisti dell'ospedale sono concentrati sulle azioni di breve periodo che non sempre si conciliano con le forme di prevenzione e regolazione nel lungo termine. Pur di ottenere risultati concreti e rapidi, i professionisti sono come accecati e non possono trasporre le loro azioni nel contesto globale.

6. Conclusioni

I risultati dipendono sostanzialmente dal contesto sanitario francese e dai singoli contesti regionali. Dipendono poi dal campione di piani strategici ospedalieri che sono stati esaminati. Comunque si è preferito dare importanza ad una più profonda analisi dei casi piuttosto che enfatizzare un'analisi quantitativa basata su questionari.

La maggiore prospettiva per il *project management* negli ospedali francesi consiste oggi nel realizzare nello stesso tempo e con lo stesso approccio progetti ospedalieri e contratti. Ma non è possibile asserire con fermezza se questi due strumenti di ge-

stione giocano un ruolo complementare o col tempo rischiano di contrastarsi. Le nuove prospettive per la riforma della regolazione della sanità francese integreranno i bisogni espressi dai pazienti e le nuove fonti di finanziamento per il sistema HMO (*Health maintenance organization*) alla «francese». Il *project management* sopravviverà condividendo i progetti con altri attori ed altre strutture sanitarie.

7. Appendice: l'organizzazione generale del sistema sanitario francese

Costituito dopo la seconda guerra mondiale, il sistema sanitario francese è stato concepito sulla base di un pluralismo ed è quindi il risultato di una soluzione compromesso fra la tradizione liberale e l'intervento dello Stato nel sistema previdenziale, tra istanze di mercato ed una marcata tendenza all'accentramento.

In Francia le istituzioni sanitarie sono sotto l'effetto di una forte compartimentalizzazione:

1) la ripartizione dei *budget* finanziari tra gli ambiti sociali, sociosanitari e sanitari riguardante il finanziamento delle strutture,

2) le differenti fonti di regolazione riguardanti la *governance* ed il controllo: il decentramento in distretti per ambiti sociali e la devoluzione della politica sanitaria alle Agenzie regionali per l'ospedalizzazione, nessun coordinamento tra la politica sanitaria a livello ministeriale, le associazioni e il sistema previdenziale, nessun coordinamento tra le istituzioni della stessa natura ma collocate in differenti livelli (locale, regionale, nazionale: per esempio, gli obiettivi locali dell'*Assurance maladie* francese possono essere dissimili dagli obiettivi regionali, che a loro volta possono essere diversi dagli obiettivi nazionali, e così via).

La legge del 24 aprile del 1996 (conosciuta meglio come *Riforma Juppé*) ha tentato di correggere queste compartimentalizzazioni. Essa ha rivisitato la generale organizzazione del sistema assicurativo e previdenziale, il controllo della spesa sanitaria e l'organizzazione degli ospedali pubblici e privati.

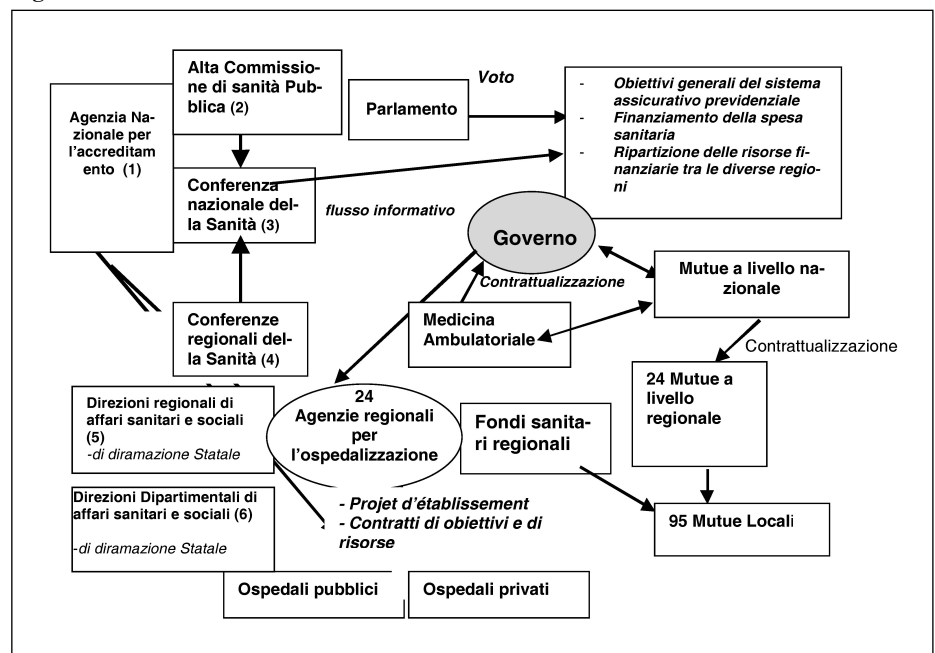
A livello centrale e regionale due distinte Assemblee analizzano i bisogni sanitari della popolazione e determinano le priorità sanitarie pubbliche. Sulla base di quanto stabilito a livello nazionale, in cui una particolare influenza hanno i periodici rapporti dell'Alta commissione della sanità pubblica, il parlamento francese determina il *budget* globale per l'*Assurance Maladie* ed in particolare gli obiettivi nazionali della spesa sanitaria pubblica (ONDAM). Con riguardo all'ospedalizzazione, viene fissato un indice previsionale nazionale per le strutture pubbliche ed un obiettivo nazionale quantificato per le strutture private. Questi indici sono

frutto della negoziazione tra governo, casse sanitarie pubbliche nazionali e associazioni private per l'ospedalizzazione.

I due maggiori strumenti della regolazione sanitaria a livello regionale sono il Piano organizzativo sanitario regionale e lo strumento contrattuale che fissa obiettivi e risorse, che costituisce una nuova concezione della regolazione dei servizi sanitari a livello regionale. La regolazione è definita dalle agenzie regionali per l'ospedalizzazione. Le attività di medicina ambulatoriale vengono negoziate anche mediante delle convenzioni nazionali tra il governo, le associazioni dei medici e le casse nazionali. Infine le politiche di prevenzione sono definite in ogni regione da 24 Agenzie sanitarie pubbliche.

Gli ultimi dibattiti in Francia riguardano la separazione delle ARH dalle agenzie sanitarie pubbliche, poiché è difficile in questo modo stabilire una completa strategia sanitaria per ogni regione.

Figura 1



Il progetto di una legge sociale (che non è stato ancora approvato dal parlamento) suggerisce un'evoluzione nell'integrazione nella politica sanitaria tra diritti dei pazienti ed istituisce una nuova organizzazione regionale al fine di coordinare la politica sanitarie a livello regionale. Sono stati proposti anche nuovi strumenti per costruire progetti di *network* sanitari (stile HMO) tra assistenza ambulatoriale ed ospedaliera, associazioni ecc. In questo modo, il *project management* in sanità può essere anche effettuato dai direttori generali, ma il suo ambito ed il suo centro nevralgico sono necessariamente fuori dall'organizzazione allo scopo di supportare processi di assistenza sanitaria integrati.

BIBLIOGRAFIA

- ALVESSON M., WILLMOTT H. (1992), *Critical Management Studies*, SAGE, London, p. 225.
- ANAES (Direction de l'accréditation) (1998), *Manuel d'accréditation (version expérimentale)*, Paris, ANAES, juil., p. 136.
- ANAES (1997), *L'accréditation en 10 Questions*, ANAES, Paris, p. 10.
- ANDEM (1993), *Le projet d'établissement, Évaluation et formulation d'un guide d'évaluation*, Paris, p. 62.
- BASSET B., LOPEZ A. (1997), *Planification sanitaire - méthodes et enjeux*, Rennes, Éditions de l'ENSP, p. 180.
- BERESNIAK A., DURU G. (1995), *Initiation à l'économie de la santé*, Masson, Paris (rééd.), p. 320.
- BREMOND M. (1995), «Peut-on faire naître l'hôpital organisation à coup d'instrument de gestion: le cas du PMSI?», *Informatique et Santé «La Revue»*, 20, 1er trim., pp. 43-48.
- BROCH M.H., CROS F. (1991), *Comment faire un projet d'établissement (écoles, collèges, lycées, L.P.)*, Chronique Sociale (3° éd.), Lyon, p. 211.
- BROUN G. (1991), «Projet médical: réflexions sur la stratégie d'établissement», *Gestions hospitalières*, 309, oct., pp. 672-676.
- CLAVERANNE J.P. (1996), «Le management par projet à l'hôpital», *Revue Française de Gestion*, 109, juin-juil-août.
- CLEGG S.R., HARDY C., NORD W.R. (ed.) (1996), *Handbook of Organization Studies*, SAGE, London, p. 780.
- CONTANDRIOPOULOS A.P., SOUTEYRAND Y. (dir.) (1996), *L'hôpital stratège: dynamiques locales et offre de soins*, John Libbey Eurotext, Paris, p. 317.
- D'ALMEIDA N., NUTKOWICZ A. (1993), *Les projets d'entreprise dans la tourmente*, Liaisons, Paris, p. 267.
- FREIDSON E. (1984), *La profession médicale*, Payot, Paris, p. 500.
- GADAMER H.G. (1998), *Philosophie de la santé*, Grasset-Mollat, Paris, p. 187.
- GIDDENS A. (1987), *La constitution de la société, Éléments de la théorie de la structuration*, PUF, Paris, p. 474.
- KNIGHTS D., MORGAN G. (1991), «Corporate Strategy, Organizations, and Subjectivity: A Critique», *Organisation Studies*, vol. 12, 2, pp. 251-273.
- LAMMERS J.C., CRETIN S. et al. (1996), «Total Quality Management in Hospitals, The Contributions of Commitment, Quality Councils, Teams, Budgets, and Training to Perceived Improvement at Veterans Health Administration Hospitals», *Medical Care*, vol. 34, 5, pp. 463-478.
- LAROCHE H., NIOCHE J.P. (dir.) (1998), *Repenser la stratégie, Fondements et perspectives*, Vuibert, Paris, p. 378.

Management ed economia sanitaria

MECOSAN

La rivista trimestrale
di saggi e ricerche, documenti e commenti
per il governo manageriale della sanità

edita sotto gli auspici del Ministero della sanità

RACCOMANDAZIONI AGLI AUTORI

Mecosan è una rivista aperta al contributo di chiunque desideri offrire testimonianze, opinioni, notizie e resoconti di studi e ricerche che abbiano attinenza con i temi dell'economia e della gestione manageriale dei sistemi sanitari.

I contributi, che devono essere originali e avere contenuto innovativo, sono destinati alle seguenti sezioni:

Saggi e ricerche - Documenti e commenti - Esperienze innovative - La sanità nel mondo - Sanità e impresa - Biblioteca.

La lingua ammessa è l'italiano.

Per gli articoli destinati alla sezione «**Saggi e ricerche**» è previsto un **abstract** in inglese che non superi le 200 parole (in corsivo ad interlinea singola).

I contributi devono tenere conto delle seguenti regole editoriali:

Titolo e autori

Il titolo non deve superare le due righe.

I nomi degli autori (nome e cognome), preferibilmente in ordine alfabetico, sono seguiti, senza ulteriore qualificazione, dalla segnalazione degli Enti di appartenenza, richiamati da note numeriche se gli autori provengono da più di una istituzione.

Sommario

Immediatamente dopo gli autori, il sommario deve essere breve ed indicare solo i paragrafi principali, preceduti da numeri arabi seguiti dal punto.

Esempio: SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Parte prima - 3. Parte seconda - 4. Conclusioni - 5. Appendici.

Titoli dei paragrafi

In grassetto, preceduti dai numeri arabi seguiti dal punto.

Esempio: **1. Introduzione**

Eventuali sottotitoli in corsivo.

Tabelle, grafici e figure

Devono essere richiamati nel corso degli articoli con riferimenti puntuali e forniti in stampa separata dal testo e possibilmente in un file diverso. Si ricorda agli autori che *Mecosan* è una rivista in **bianco e nero**, dunque non saranno accettati articoli che contengono figure a colori. Le rappresentazioni grafiche saranno accettate a condizione che siano accompagnate da tabelle numeriche riportanti i dati di riferimento.

Note

Devono essere richiamate numericamente, riportate alla fine dell'articolo (e non a pie' di pagina).

Lunghezza articoli

Indicativamente i saggi dovranno essere tra le cinquemila e le diecimila parole; per le altre sezioni si consiglia di non eccedere le settemila parole.

Riferimenti bibliografici

Si devono effettuare con il sistema autore-data (e non con i numeri progressivi) nel corpo del testo o in nota. Le indicazioni corrispondenti si devono riportare alla fine dell'articolo nella **bibliografia**, dopo le note, in ordine alfabetico, secondo il seguente esempio:

— per testi: richiamo: (Clerico, 1984); indicazione: CLERICO G. (1984), *Economia della salute*, Franco Angeli, Milano.

— per articoli: richiamo: (Volpatto, 1990); indicazione: VOLPATTO O. (1990), «La privatizzazione dei servizi pubblici», *Azienda Pubblica*, 2: pagg. 243-252.

I testi non citati nell'articolo che eventualmente si vorranno segnalare dovranno essere inseriti in una **bibliografia separata**.

I testi

Devono pervenire su dischetto, preferibilmente in Microsoft Word per DOS o Windows, con allegata copia cartacea preceduti da una pagina che indichi:

— nome, cognome, indirizzo completo di numero telefonico e di fax degli autori o dell'autore principale;

— titolo e sezione per cui si propone l'articolo.

Devono essere inviati a:

**Mecosan - Redazione - c/o CeRGAS, Viale Isonzo, 23
20135 Milano - Tel. 0258362600 - Fax 0258362593-98
E-mail: mecosan@uni-bocconi.it**

Gli articoli pervenuti saranno sottoposti al vaglio dei referenti accreditati e qualora risultassero disattesi i requisiti suindicati potranno essere scartati o integrati dalla redazione.

Biblioteca

Sezione 6^a

RAGIUSAN



click

Gentile abbonato,

la copia esatta di **RAGIUSAN** «cartaceo» è disponibile nel 2003 anche in «CD rom».

In questo modo Le è possibile, con un semplice click:

- ✓ visualizzare e consultare la rivista **RAGIUSAN** in formato pdf, mediante l'applicazione Acrobat Reader, «sfogliandola» come nel formato cartaceo;
- ✓ «navigare» nella rivista **RAGIUSAN** andando direttamente alle rubriche (dottrina, giurisprudenza e documentazione) o agli argomenti di maggior interesse;
- ✓ consultare l'indice della rivista **RAGIUSAN** con tutti i links che rinviano alla visualizzazione dei testi degli articoli e delle leggi nazionali e regionali;
- ✓ fare ricerche «per frase» nei testi di tutto il fascicolo.

La **SIPIS** Le offrirà il primo CD rom 2003 in supplemento al n. 225/226 di **RAGIUSAN** per consentirLe quale abbonato di **RAGIUSAN** di valutarne le potenzialità di approfondimento e di ricerca.

IL DIRETTORE EDITORIALE

***RINNOVI, PERTANTO,
SUBITO L'ABBONAMENTO
A RAGIUSAN 2003,
SE NON LO HA ANCORA FATTO***

RECENSIONI

Reti e gruppi aziendali in sanità. Strategia e gestione

Federico Lega

EGEA
Milano, 2003
pagg. 220

(a cura
di Marco Meneguzzo)

Nel panorama odierno del settore sanitario italiano si stanno affermando numerose spinte allo sviluppo di logiche aziendali di organizzazione e gestione a rete e gruppo, principalmente in risposta ad esigenze poste da:

— l'accresciuta dimensione delle aziende sanitarie locali (Asl), che coordinano e gestiscono spesso una rete ospedaliera composta da più ospedali di medie e piccole dimensioni;

— lo scorporo e la creazione di aziende ospedaliere autonome (Ao), che ha determinato il bisogno di ricomporre la rete integrata di offerta assistenziale e sanitaria con la Asl, soprattutto sulle patologie cronico-degenerative a rischio di eventi acuti;

— la necessità di individuare forme di razionalizzazione della spesa, evitando duplicazioni e sovradimensionamenti;

— l'esigenza utilità di coordinare lo sviluppo e la razionalizzazione dei sistemi ospedalieri nelle aree metropolitane di Roma, Milano, Torino, Napoli, Genova, Palermo, anche a fronte di alcuni interventi avviati a fine degli anni '90, che non ha ancora portato alla formulazione e soprattutto attuazione interventi organici e sistematici;

— la crescita rilevante di gruppi multiospedalieri privati integrati;

— la «regionalizzazione» del Servizio sanitario nazionale, che pone in capo a ciascuna Regione il problema di governare un sistema di aziende complesso. Diverse regioni, quali l'Emilia-Romagna, la Lombardia, il Veneto, la Campania e la Toscana hanno già avviato percorsi di integrazione e gestione a rete delle proprie aziende sanitarie.

Partendo da questo quadro di riferimento, il libro di Lega si propone di approfondire e sistematizzare le tematiche relative alla strategia, organizzazione e gestione dei gruppi e delle reti aziendali in sanità, con l'obiettivo specifico di delineare attraverso l'analisi dei casi sperimentati con successo a livello internazionale, soprattutto statunitense, e nazionale le logiche e gli strumenti per l'integrazione di gruppo ed a rete, nonché l'interpretazione degli spazi di applicabilità in Italia e le risposte ad alcuni dei principali interrogativi che emergono

Federico Lega, Ph.D, è ricercatore di Economia aziendale presso l'Università Bocconi, dove insegna Economia delle aziende e delle amministrazioni pubbliche. È responsabile dell'Area strategia ed organizzazione al Centro di ricerche sulla gestione dell'assistenza sanitaria (Ce.R.G.A.S.) della Bocconi ed in qualità di docente della Divisione amministrazioni pubbliche, sanità e non profit svolge attività di formazione manageriale e coordina il *master* in Management sanitario presso la Scuola di direzione dell'Università Bocconi. È autore di numerose pubblicazioni in tema di organizzazione e strategia per le aziende sanitarie ed ha concluso diverse sperimentazioni e ricerche intervento nelle aree dell'organizzazione e funzionamento dei sistemi sanitari regionali e locali, dei sistemi e strumenti di gestione e programmazione e controllo, della progettazione organizzativa, della pianificazione strategica e gestione del cambiamento nelle aziende sanitarie.

no nella costituzione e nello sviluppo si affrontano i problemi del se e come costituire, consolidare e gestire gruppi e reti formali od informali tra aziende sanitarie.

Di fronte a quella che sembra essere una tendenza strutturale, Lega sottolinea come sia opportuno avviare una approfondita riflessione sistemica allo scopo di indagare le opportunità e minacce che si aprono di fronte a scelte di consolidamento a rete e di gruppo quali quelle in atto nel sistema sanitario, e gli strumenti e logiche di cui si può disporre per meglio indirizzare, organizzare e gestire i costituenti aggregati aziendali.

L'autore affronta il tema concentrandosi direttamente sull'oggetto, ossia le reti di aziende sanitarie, la loro organizzazione e gestione, richiamando quando necessario i riferimenti di ordine generale a livello di approccio economico aziendale e di teoria organizzativa.

Il testo ricostruisce un quadro di riferimento sistematico e sistematizzato che rappresenta un valido ausilio a chi intende adottare le strategie di rete in campo sanitario. Un testo quindi che apre ampi spazi di riflessione per chi voglia approfondire i diversi aspetti teorici del problema delle reti, ad esempio approfondire l'impatto delle moderne tecnologie sullo sviluppo di tale modello organizzativo.

In particolare il lavoro riprende ed amplia le considerazioni presentate in precedenti lavori, tra cui numerosi articoli usciti in *Mecosan* ed un libro pubblicato dall'EGEA nel 1997 sulla strategia e la gestione dei *network* sanitari, in cui è stato effettuato un primo *benchmarking* e confronto sulle altre esperienze di *network* sanitari ed ospedalieri a livello europeo e si collega strettamente alle riflessioni sul coordinamento ed il controllo strategico dei *network* e delle reti sviluppate in settori come ambiente, cultura, servizi pubblici locali a rete, socioassistenziale e sociosanitario.

Il lavoro adotta un approccio induttivo, analizzando nel primo capitolo la rilevanza che vanno assumendo le reti ed i gruppi di aziende nel contesto della sanità internazionale ed italiana, puntando l'attenzione sulla diffusione generalizzata dei fenomeni di consolidamento verticali (tra aziende operanti ai diversi livelli assistenziali) ed orizzontali (tra aziende operanti al medesimo livello assistenziale) in atto e sulle specifiche caratteristiche del contesto italiano che fanno presumere un suo ulteriore sviluppo.

Lega discute le ragioni che danno centralità al fenomeno e definisce il piano sistematico del lavoro che si fonda nella verifica di come gli schemi concettuali di ordine generale si applicano alla realtà dello specifico settore sanitario. In conclusione di capitolo si chiariscono le analogie tra il contesto italiano e quello statunitense, argomentando sull'utilità di mutare, criticamente e con le precauzioni del caso, l'esperienza dei sistemi multiospedalieri per confermare o confutare con evidenze empiriche i successivi ragionamenti.

Nel secondo capitolo si analizzano i principali riferimenti teorici elaborati dagli studi di economia aziendale a sostegno delle politiche e strategie di organizzazione a rete, nel terzo capitolo si affrontano gli assetti istituzionali, giuridico-normativi ed organizzativi per le reti ed i gruppi di aziende sanitarie, mentre nel quarto capitolo viene discusso un modello di riferimento per le strategie di consolidamento e gestione della rete sanitaria e multiospedaliera, al fine di evidenziare come le strategie del gruppo o della rete siano fortemente influenzate e vincolate dall'assetto istituzionale, giuridico ed organizzativo. Strategie, che possono insistere sui costi o sulla differenziazione delle attività, sulle strutture e risorse di *staff*, di supporto, o su quelle di *line*, produttive. Interessante e molto attuale è il passaggio che tratta del tema dei dipartimenti ospedalieri inter-presidio, una criticità con cui si confrontano molte aziende sanitarie italiane.

Conclusa la parte più modellistica, dal quinto capitolo in poi il testo sviluppa della analisi empiriche attraverso lo studio di casi a sostegno delle tesi e dei modelli discussi in precedenza.

Il quinto capitolo approfondisce la trattazione dei benefici attesi e delle condizioni attuative delle logiche di gruppo e rete con specifico riferimento al caso italiano, del quale nel sesto capitolo sono presentate alcune significative esperienze condotte con vari gradi di successo da aziende sanitarie pubbliche e private, mentre il settimo e conclusivo capitolo si concentra sull'analisi di un caso esemplare di consolidamento tra aziende sanitarie, individuato dalle reti sanitarie aziendali della città di New York.

In sintesi, il libro di Federico Lega fornisce importanti contributi e stimoli per il cultore della materia che vuole approfondire il tema delle reti e dei gruppi in sanità, ma al tempo stesso è un valido ausilio operativo e fonte di idee e suggerimenti per il manager che si trovi a confrontarsi concretamente sul campo con problemi di organizzazione a rete. In questo senso il testo è un riuscito esercizio di equilibrio tra costruzione teorica e discussione operativa e pratica di un tema, l'organizzazione a rete, oramai centrale nel settore sanitario, diventando stimolo per ulteriori approfondimenti e come supporto per le politiche del funzionario regionale, per le strategie del *manager* aziendale, per gli interventi sul campo del consulente e del dirigente aziendale.

NOVITÀ BIBLIOGRAFICHE

CENSIS FORUM
PER LA RICERCA BIOMEDICA
(a cura di)

**Le garanzie per la salute
tra globalizzazione e localismo.**

Teorie, metodi, strumenti
per un'applicazione
concreta in sanità

FrancoAngeli
Milano, 2003
pagg. 197, € 18,50

Questo volume offre un ampio quadro dell'evoluzione del «sistema salute» alla luce dell'impatto di federalismo e globalizzazione. Il testo contiene le opinioni degli italiani sui principali temi di attualità, dal federalismo alla valutazione dei servizi sanitari, un'approfondita analisi dello scenario del federalismo all'anno zero, un'indagine sulle reti tecnico scientifiche nella ricerca biotecnologica e la descrizione sistematica delle emergenze mondiali su salute e sanità e delle posizioni dei principali attori coinvolti.

INDICE: INTRODUZIONE - 1. QUALITÀ ED EQUITÀ - 2. FEDERALISMO SANITARIO: ANNO ZERO - 3. LE RETI UNIVERSITÀ-INDUSTRIA NELLA RICERCA BIOTECH - 4. SALUTE E GLOBALIZZAZIONE - ALLEGATO SINTESI DEGLI INTERVENTI ALLA PRESENTAZIONE DEL MONITOR BIOMEDICO 2002.

Il processo di aziendalizzazione delle strutture sanitarie locali e ospedaliere rende sempre più pressante l'esigenza di migliorarne l'efficacia (in termini di qualità della prestazione e/o del servizio erogato) e l'efficienza (in termini di ottimizzazione delle risorse impiegate). Risulta pertanto fondamentale che tutti gli operatori coinvolti a vario titolo nel settore dell'assistenza sanitaria e gli enti che ne seguono l'attività usino quegli strumenti di management e quei sistemi di controllo di gestione che consentono di ottimizzare le fasi di programmazione, organizzazione e realizzazione dei servizi. Vengono approfondite, in relazione alle peculiarità del settore sanitario, le problematiche connesse alla definizione dei sistemi di contabilità analitica, all'individuazione dei centri di responsabilità, all'identificazione di adeguati standard e indicatori per la valutazione dei risultati e alla caratterizzazione del sistema informativo per il controllo di gestione.

INDICE: INTRODUZIONE - 1. I SISTEMI DI CONTABILITÀ DEI COSTI A SUPPORTO DEL CONTROLLO DI GESTIONE - 2. IL BUDGET QUALE STRUMENTO PER IL CONTROLLO DI GESTIONE - 3. LA PROGETTAZIONE DI UN SISTEMA DI CONTROLLO DI GESTIONE IN SANITÀ - 4. IL SISTEMA INFORMATIVO PER IL CONTROLLO DI GESTIONE - 5. CONCLUSIONI.

SERENA CASCIOLI

**Il controllo di gestione
nelle aziende sanitarie.**

Contabilità, budget
e programmazione

FrancoAngeli
Milano, 2001
pagg. 117, € 12,00

ASL CITTÀ DI MILANO

**Il medico di medicina generale
nell'ospedale virtuale
DiCIT: un progetto
di telecardiologia integrata**FrancoAngeli
Milano, 2003
pagg. 133, € 10,50

Lo sviluppo e le crescenti applicazioni dell'informatica e la sua possibile integrazione con le telecomunicazioni stanno trasformando repentinamente e radicalmente attività della nostra società quali l'organizzazione del lavoro, le modalità di trasmissione delle informazioni, le forme di diffusione della cultura e dell'insegnamento e la medicina: nasce la Telemedicina con lo scopo di accrescere le possibilità di soddisfacimento del paziente, migliorando la qualità globale della prestazione. Il settore più sviluppato in tale ambito è la telecardiologia, con apparati di buona affidabilità e una metodologia non troppo complessa. In questo ambito si sviluppa il progetto DiCIT (Dipartimento delle cure intermedie telematiche) della Asl Città di Milano, caratterizzato da unicità e fortissima componente di innovatività, che si focalizza sulla centralità del paziente e sulla cura dello stesso. Il libro illustra la progettazione e l'attuazione di DiCIT, i risultati conseguiti nei primi due anni e mezzo di vita, ed i possibili applicativi del progetto per il prossimo futuro, nell'ottica di offrire un'assistenza sanitaria qualitativamente migliore ed al passo con i tempi.

INDICE: 1. ASL CITTÀ DI MILANO (S. BORDONI, S. LAMONICA, A.G. MOBILIA) - 2. TELEMEDICINA E TELECARDIOLOGIA - IL PROGETTO DiCIT (S. BORDONI, E. FOGARI, C. MAGNOCAVALLO, D. TONINI, A. VITELLO) - 3. ORIENTAMENTI TECNOLOGICI DELLA ASL CITTÀ DI MILANO

(G. RIZZOTTO) - 4. DiCIT ED I MEDICI DI MEDICINA GENERALE (A. DONZELLI, M. OLIVIERI, A. PERILLI) - 5. DATA MINING DELL'ARCHIVIO DiCIT (L. BISANTI, R. BLACO) - 6. VALUTAZIONE DEL PROGETTO DiCIT (S. BORDONI, S. LAMONICA, A. TONINI) - 7. PROSPETTIVE E SVILUPPI (S. BORDONI, S. LAMONICA, T. ANDREIS).

Le valutazioni in ambito sanitario stanno assumendo un'importanza crescente nell'ultimo decennio, sia dal punto di vista «quantitativo» (valutazione di efficacia ed efficienza dei servizi sanitari), sia dal punto di vista più prettamente psicologico ed organizzativo, rivolgendo l'attenzione alla qualità del servizio e alla soddisfazione dei clienti/utenti. Questo volume cerca di individuare le dimensioni fondamentali che concorrono a modificare la prestazione offerta da un servizio sanitario, per poi passare ad esperienze dirette sul campo che hanno fornito informazioni interessanti in termini di valutazione di clima aziendale, impatto di burnout e valutazione della qualità del servizio offerto.

INDICE: 1. IL CLIMA ORGANIZZATIVO (A. SEMERARO, P. ROZBOWSKY, P.G. GABASSI) - 2. IL BURNOUT (P. ROZBOWSKY, P.G. GABASSI) - 3. LA QUALITÀ IN SANITÀ: DEFIZIONI E PROSPETTIVE VALUTATIVE (P. ROZBOWSKY, C. GRINOVER) - 4. OUTCOME RESEARCH: ALCUNI OSSERVAZIONI METODOLOGICHE (L. LUSA, P. ROZBOWSKY, D. GREGORI) - 5. UN'INDAGINE SUGLI INFERMIERI (A. SEMERARO, P. ROZBOWSKY, P.G. GABASSI, D. GREGORI) - 6. LA SINDROME DEL BURN OUT NELLA PROFESSIONE DEL FARMACISTA (C. MARTINI, S. CERVAI, A. SEMERARO, D. GREGARI, P.G. GABASSI) - 7. UNA VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ (C. GRINOVER, P. ROZBOWSKY, M. CAMPAGNOLO, D. GREGARI).

PIER GIORGIO GABASSI
DARIO GREGORI
(a cura di)**Indagini e valutazioni in sanità.**Aspetti psicologici
e organizzativiFrancoAngeli
Milano, 2003
pagg. 282, € 23,00

GIAN PAOLO ZANETTA

L'Europa e la salute

FrancoAngeli
Milano, 2003
pagg. 240, € 20,00

La creazione di un'Europa sociale, in grado di offrire un quadro di solidarietà, può essere la vera sfida futura dell'Unione. Le politiche sanitarie e la tutela della salute dei cittadini possono assumere una valenza strategica, sia nell'ambito di un'identità europea, sia nella costruzione di un modello di welfare che coniughi processo economico, sviluppo equilibrato e sostenibile, coesione sociale. Il volume si propone di verificare se sia perseguibile l'obiettivo di un modello di Europa sociale che attui compiutamente quanto previsto dell'art. 152 del Trattato (garantire un livello elevato di protezione della salute umana) ed a tale scopo si analizzano principalmente tre aspetti: a) il grado di assorbimento, nel nostro sistema giuridico, dei processi di integrazione europea; b) il grado di intervento del livello istituzionale europeo sulle politiche sociali dei singoli stati; c) la possibilità di integrazione e di assimilazione dei diversi sistemi sanitari nel continente, ovvero il livello minimo di omologazione degli stessi. Il libro è rivolto a tutte le figure manageriali della sanità, ai politici impegnati nella sanità pubblica ed a coloro che intendono approfondire le proprie conoscenze professionali di un sistema sanitario orientato all'Europa.

INDICE: PARTE I - L'ATTUALITÀ - 1. LA COSTITUZIONE - 2. L'EVOLUZIONE DEL QUADRO DI RIFERIMENTO EUROPEO - 3. IL CONCETTO DI EUROPA NELLA NORMATIVA RIGUARDANTE L'ATTUALE SISTEMA SANITARIO NAZIONALE - 4. SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE ED UNIONE EUROPEA: QUALE RACCORDO? - 5. L'INCIDENZA DELLA NORMATIVA EUROPEA NELLE MATERIE RIGUARDANTI LA SANITÀ - PARTE II - IL FUTURO - 6. I SISTEMI SANITARI EUROPEI: MODELLI A CONFRONTO. DIVERSIFICAZIONE O PROGRESSIVA OMOLOGAZIONE? - 7. EVOLUZIONE DELLE ORGANIZZAZIONI COMUNITARIE - 8. RAPPORTI TRA STATO, REGIONI ED UNIONE EUROPEA DOPO LA RISCrittURA DEL TITOLO V DELLA COSTITUZIONE ITALIANA - 9- LA COSTITUZIONE EUROPEA E LA NUOVA STAGIONE DEI DIRITTI CIVILI - 10. VERSO UN'EUROPA DELLA SANITÀ - PARTE III - LA GIURISPRUDENZA - 11. LE SENTENZE.

La Clinical Governance, il Governo Clinico, nasce nel Regno Unito per ridare centralità ai professionisti e unificare gli approcci manageriali e professionali alla qualità. Il Governo Clinico, quindi, è l'integrazione fra l'esigenza di fare bene le cose e la necessità di fare le cose giuste, fra la necessità di organizzare bene la struttura e quella di valorizzare pienamente le risorse umane. Rappresenta il reale superamento della tendenza in medicina ad assegnare ai fattori economici un peso preponderante e vuole garantire che la qualità professionale sia davvero il cuore del sistema, consentendo ai professionisti in prima persona di valutare l'efficacia e l'appropriatezza clinica delle prestazioni erogate.

INDICE: 1. MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ IN MEDICINA E GOVERNO CLINICO (M. PLEBANI) - 2. LINEE GUIDA E AUDIT: STRUMENTI DI GOVERNO CLINICO NELL'ORGANIZZAZIONE SANITARIA (M. PLEBANI E, T. TRENTI) - 3. LA EVIDENCE BASED MEDICINE O EBM (LA MEDICINA BASATA SULLE PROVE DI EFFICACIA) (T. TRENTI) - 4. GOVERNO CLINICO: L'ESPERIENZA DELLA GRAN BRETAGNA (D.B. FREEDMAN) - 5. INFORMATION TECHNOLOGY E CLINICAL GOVERNANCE (M.L. CHIOZZA) - 6. L'EDUCAZIONE CONTINUA: UNO STRUMENTO STRATEGICO DEL GOVERNO CLINICO (M. PLEBANI, L. PRESSATO) - 7. GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO (F. NOVACO) - 8. LA MEDICINA DI LABORATORIO BASATA SULLE PROVE DI EFFICACIA. EVIDENCE BASED LABORATORY MEDICINE (EBLM) (T. TRENTI) - 9. IL GOVERNO CLINICO NELL'USO DEI BIOMARCATORI TUMORALI (M. GION) - 10. I MARCATORI DI DANNO MIocardICO NELLA PRATICA CLINICA: EVIDENZE E STRATEGIE PER UN CORRETTO UTILIZZO (M. PANTEGHINI, F. PAGANI, G. SONETTI) - 11. EPIDEMIOLOGIA CLINICA (A. LIBERATI) - 12. CLINICAL GOVERNANCE: THE EXPERIENCE IN THE UK (D.B. FREEDMAN).

MARIO PLEBANI
TOMMASO TRENTI

**Praticare il governo clinico:
qualità, efficacia
e professionalità in medicina**

Centro Scientifico Editore
Torino, 2002
pagg. ???, € 000,00

MASSIMO SAITA
FRANCESCA KAINICH
PAOLA SARACINO

**La pianificazione strategica
e il controllo di gestione
in sanità**

Il Sole 24 Ore
Milano, 2002
pagg. 561, € 60,00

Nel libro viene preso in esame, in primo luogo, il sistema di pianificazione a livello nazionale e regionale, cercando di capire meglio anche i meccanismi che presidono alla programmazione delle spesa sanitaria, sia nazionale sia regionale. Vengono a tal fine ripresi il piano sanitario nazionale ed il piano sanitario di due regioni (Lombardia e Toscana) che propongono due diversi modelli di aziendalizzazione della sanità. Dopo un breve cenno ai fondamentali del controllo di gestione, il libro si sviluppa prendendo in esame, sulle linee del modello lombardo, il controllo di gestione nelle Asl territoriali, nelle aziende ospedaliere e nelle Asl con presidio ospedaliero. Analizza inoltre le recenti esperienze sulla certificazione di qualità del controllo di gestione e il processo di valutazione del personale, per tarare la retribuzione di incentivo sui risultati.

INDICE: PRESENTAZIONE - 1. IL SISTEMA DI PIANIFICAZIONE, PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO NELLA SANITÀ (MASSIMO SAITA) - 2. IL FONDAMENTALI DEL CONTROLLO DI GESTIONE NELLE AZIENDE SANITARIE (MASSIMO SAITA) - 3. L'IMPLEMENTAZIONE DEL CONTROLLO DI GESTIONE NELLE ASL TERRITORIALI (FRANCESCA KAINICH) - 4. L'IMPLEMENTAZIONE DEL CONTROLLO DI GESTIONE NELLE AZIENDE OSPEDALIERE (MASSIMO SAITA) - 5. L'IMPLEMENTAZIONE DEL CONTROLLO DI GESTIONE NELLE ASL TERRITORIALI CON PRESIDIO OSPEDALIERI (PAOLA SARACINO) - 6. IL SISTEMA QUALITÀ DEL CONTROLLO DI GESTIONE NELLE AZIENDE SANITARIE (PAOLA SARACINO) - 7. IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DEL PERSONALE ED IL CONTROLLO DI GESTIONE (MASSIMO SAITA) - 8. EVOLUZIONE DEL CONTROLLO DI GESTIONE (MASSIMO SAITA).

Le ultime riforme del Servizio sanitario nazionale hanno mutato profondamente l'organizzazione degli ospedali, ma anche il ruolo dei medici. L'analisi di questo libro prende forma dai principi espressi dalle riforme per poi focalizzarsi sulla prospettiva del medico e sul contatto quotidiano con il malato. Il buon uso delle risorse in sanità infatti non può prescindere dal comportamento dei clinici, dalle loro motivazioni professionali, dalla loro formazione. L'economia sanitaria può essere considerata uno strumento culturale utile ed efficace per affrontare e risolvere il controverso rapporto che lega e divide il concetto di denaro da quello di salute.

INDICE: 1. MALATTIE E MALATI, MEDICI E OSPEDALI - 2. LE RIFORME SANITARIE (DALL'ANTICO OSPIZIO ALLA MODERNA AZIENDA) - 3. LA SPESA SANITARIA (RAZIONAMENTO E RAZIONALITÀ, EFFICIENZA E CONSUMISMO NEI SERVIZI SANITARI) - 4. LA PROFESSIONE MEDICA (LE PREROGATIVE E LE BASI RAZIONALI DEL METODO CLINICO) - 5. LE IMPLICAZIONI CULTURALI DELL'ECONOMIA SANITARIA (IL CONTROVERSO RAPPORTO TRA DENARO E SALUTE) - 6. LA PROSPETTIVA DEI PRINCIPALI DECISORI: MEDICI, PAZIENTI, MANAGER (LE MOTIVAZIONI DELL'AGIRE QUALE MODELLO ECONOMICO E SOCIALE DELL'OSPEDALE) - 7. L'OSPEDALE FUTURO (I RAPPORTI CON IL TERRITORIO).

ANDREA TRAMARIN

L'ospedale ammalato

Marsilio Editore
Venezia, 2003
pagg. 186, € 12,50

ROSELLA LEVAGGI
STEFANO CAPRI

Economia sanitaria

FrancoAngeli
Milano, 2003
pagg. 348, € 24,50

Il libro fornisce una visione organica e generale delle problematiche affrontate dall'economia sanitaria in senso stretto. La salute è un bene irriducibile che il consumatore vuole preservare, ma il consumatore non sa come orientarsi sul mercato che, nelle sue varie forme, permette l'acquisizione di prestazioni sanitarie la cui efficacia non può essere misurata con precisione. Vengono affrontati i temi legati alla formazione della domanda, delle teorie tradizionali e più recenti sul rapporto fra medico e paziente e ai principali temi di valutazione economica dei programmi sanitari.

INDICE: INTRODUZIONE - 1. LA DOMANDA DI PRESTAZIONI SANITARIE - 2. L'OFFERTA DI PRESTAZIONI SANITARIE - 3. LA VALUTAZIONE ECONOMICA - 4. I MERCATI ASSICURATIVI - 5. CONTRATTI PER PRESTAZIONI SANITARIE - 6. L'ECONOMIA DEL FARMACO - 7. ORGANIZZAZIONE E FINANZIAMENTO DELLA SANITÀ - 8. SISTEMI SANITARI A CONFRONTO.

SPOGLIO RIVISTE

Meccanismi di mercato

IOANNIDES-DEMOS L.L., IBRAHIM J.E., MCNEIL J.J.
Reference-Based Pricing Schemes: Effect Pharmaceutical Expenditure, Resource Utilisation and Health Outcome
PharmacoEconomics, 20 (9), 2002, pp. 577-591

KERNICK D.
The Impact of Health Economics on Healthcare Delivery: A Health Economist's Perspective: A Primary Care Response
PharmacoEconomics, 20 (11), 2002, pp. 785-787

JEWELL T., LEE J., TIESLAU M., STRAZICICH M.C.
Stationarity of health expenditures and GDP: evidence from panel unit root tests with heterogeneous structural breaks
Journal of Health Economics, 22, (2), 2003, pp. 313-324

PINK G. H., MURRAY M. A., MCKILLOP I.
Hospital efficiency and patient satisfaction
Health Services Management Research 16 (1), 2003, pp. 24-38

ROOS N., BURCHILL C., CARRIERE K.
Who are the high hospital users? A Canadian case study
Health Services Management Research & Policy 8 (1), 2003, pp. 5-10

ROSS H., CHALOUPKA F.J.
The effect of cigarette prices on youth smoking
Health Economics, 12, (3), 2003, pp. 217-230

THORNTON J.
How important are Economic Factors in Choice of Medical Speciality?
Health Economics, 12 (1), 2003, pp. 67-74

VAN OURTI T.
Socio-economic inequality in ill-health amongst the elderly. Should one use current or permanent income?
Journal of Health Economics, 22, (2), 2003, pp. 219-242

Economia del farmaco

COOPER N.J., SUTTON A.J., MUGFORD M., ABRAMS K.R.
Use of Bayesian Markov Chain Monte Carlo Methods to Model Cost-of-Illness Data
Medical Decision Making, 23 (1), 2003, pp. 38-53

DI MASI J.A.
The Value of Improving the Productivity of the Drug Development Process: Faster Times and Better Decisions
PharmacoEconomics, 20 (Supp. 3), 2002, pp. 1-10

DI MASI J.A., HANSEN R.W., GRABOWSKI H.G.
The price of innovation: new estimates of drug development costs
Journal of Health Economics, 22 (2), 2003, pp. 151-186

ESS S.M., SCHNEEWEISS S., SZUCS T.D.
European Healthcare Policies for Controlling Drug Expenditure
PharmacoEconomics, 21 (2), 2003, pp. 89-103

GRABOWSKI H., VERNON J., DI MASI J.A.
Returns on Research and Development for 1990s New Drug Introductions
PharmacoEconomics, 20 (Supp. 3), 2002, pp. 11-29

MASSIMINO F.
La regionalizzazione, il contenimento della spesa farmaceutica ed I contratti tra imprese, aziende sanitarie grossisti e farmacie per la distribuzione del farmaco
Sanità Pubblica e Privata, 1, 2003, pp. 41-62

ZETHRAEUS N., JOHANNESSON M., JÖNSSON B., LÖTHGREN M., TAMBOUR M.
Advantages of Using the Net-Benefit Approach for Analysing Uncertainty in Economic Evaluation Studies
PharmacoEconomics, 21 (1), 2003, pp. 39-48

Sistemi di finanziamento

CHAPMAN G.B.

Your Money or Your Health: Time Preferences and Trading Money for Health

Medical Decision Making, 22, (5), 2002, pp. 410-416

GILSON L., DOHERTY J., LAKE S., MCINTYRE D., MWIKISA C., THOMAS S.

The SAZA study: implementing health financing reform in South Africa and Zambia

Health Policy and Planning, 18 (1), 2003, pp. 31-46

HERWARTZ H., THEILEN B.

The determinant of health care expenditure: testing pooling restrictions in small samples

Health Economics, 12 (2), 2003, pp. 113-124

LIEN L.

Financial and organisational reforms in the health sector; implications for the financing and management of mental health care services

Health Policy, 63, (1), 2003, pp. 73-80

RAINE R., HUTCHINGS A., BLACK N.

Is publicly funded health care really distributed according to need? The example of cardiac rehabilitation in the UK

Health Policy, 63 (1), 2003, pp.63-72

SCOTT K. M., MARWICK J.C., CRAMPTON P.R.

Utilization of general practitioner services in New Zealand and its relationship with income, ethnicity and government subsidy

Health Services Management Research, 16 (1), 2003, pp. 13-23

SHEN Y.-C.

The effect of financial pressure on the quality of care in hospitals

Journal of Health Economics, 22 (2), 2003, pp. 243-270

TRUJILLO A.J.

Medical care use and selection in a social health insurance with an equalization fund: evidence from Colombia

Health Economics, 12 (3), 2003, pp. 231-246

WEECH-MALDONADO R.

Strategic relatedness in mergers and financial performance: the case of the health maintenance organization industry in the United States

Health Services management Research, 15, (4), 2002, pp. 264-273

Valutazione economica dell'attività sanitaria

BACKHOUSE M.E.

Use of Randomised Controlled Trials for Producing Cost-Effectiveness Evidence: Potential Impact of Design Choices on Sample Size and Study Duration

PharmacoEconomics, 20 (15), 2002, pp. 1061-1077

BODGER K.

Cost of Illness of Crohn's Disease

PharmacoEconomics, 20 (10), 2002, pp. 639-652

COHEN B.J.

Discounting in Cost-Utility Analysis of Healthcare Interventions: Reassessing Current Practice

PharmacoEconomics, 21 (2), 2003, pp. 75-87

CORSO P.S., HAMMITT J.K., GRAHAM J.D., DICKER R.C., GOLDIE S.J.

Assessing preferences for Prevention versus Treatment Using Willingness to Pay

Medical Decision Making, Supplement to vol. 22 (5), 2002, pp. S92-S101

FOREIT J., FLEISCHMAN FOREIT K.G.,

The reliability and validity of willingness to pay surveys for reproductive health pricing decisions in developing countries

Health Policy, 63, (1), 2003, pp. 37-48

KLOSE T.

A Utility-Theoretic Model for QALYs and Willingness to Pay

Health Economics, 12 (1), 2003, pp. 17-32

LI S.C.

An Overview of Community Pharmacist Interventions: Assessing Cost Effectiveness and Patients' Willingness to Pay

Disease Management and Health Outcomes, 11 (2), 2003, pp. 95-110

LUCHINI S., PROTIÈRE C., MOATTI J.-P.

Eliciting Several Willingness to Pay in a Single Contingent Valuation Survey: Application to Health Care

Health Economics, 12 (1), 2003, pp. 51-64

MACKEIGAN L.D., GAFNI A., O'BRIEN B.J.

Double discounting of QALYs

Health Economics, 12 (2), 2003, pp. 165-169

MANSLEY E.C., ELBASHA

Preferences and persons trade-offs: forcing consistency or inconsistency in health-related quality of life measures?

Health Economics, 12, (3), 2003, pp. 187-198

MARGOLIS M.K., COYNE K., KENNEDY-MARTIN T., BAKER T., SCHEIN O., REVICKI D.A.

Vision-Specific Instruments for the Assessment of Health-Related Quality of Life and Visual Functioning: A Literature Review

PharmacoEconomics, 20 (12), 2002, pp. 791-812

MOUNIER N., FERME C., FLECHTNER H., HENRY-AMAR M., LEPAGE E.

Model-Based Methodology for Analyzing Incomplete Quality-of-Life Data and Integrating The minto the Q-TwiST Framework

Medical Decision Making, 23, (1), 2003, pp. 54-66

OORTWIJN W.J., VONDELING H., VAN BARNEVELD T., VAN VUGT C., BOUTER L.M.

Priority setting for health technology assessment in The Netherlands: principles and practices

Health Policy, 62 (3), 2002, pp. 227-242

PAYNE K.A., HUYBRECHTS K.F., CARO J.J., CRAIG GREEN T.J., KLITTICH W.S.

Long Term Cost-of-Illness in Stroke: An International Review

PharmacoEconomics, 20 (12), 2002, pp. 813-825

POLDER J.J., VAN BALEN R., STEYERBERG E.W., COOLS H.J.M., HABBEMA D.F.F.

A cost-minimisation study of alternative discharge policies after hip fracture repair

Health Economics, 12 (2), 2003, pp. 87-100

SAIGAL C.S., LITWIN M.S.

The Economic Costs of Early Stage Prostate Cancer

PharmacoEconomics, 20 (13), 2002, pp. 869-878

SUNDBERG G., BAGUST A., TARÉNT A.

A model for costs of stroke services

Health Policy, 63 (1), 2003, pp. 81-94

TENGS T.O., LIN T.H.

A Meta-Analysis of Quality-of-Life Estimates for Stroke

PharmacoEconomics, 21 (3), 2003, pp. 191-200

THOMAS M., HAUGHNEY J., PRICE D.

Cost Effectiveness of Asthma Management Strategies

PharmacoEconomics, 20 (11), 2002, p. 789

WALKER D.

Cost and cost-effectiveness of HIV/Aids prevention strategies in developing countries: is there an evidence base?

Health Policy and Planning, 18 (1), 2003, pp. 4-17

Analisi dei sistemi sanitari

BALABANOVA D., MCKEE M.

Understanding informal payments for health care: the example of Bulgaria

Health Policy, 62 (3), 2002, pp. 243-274

CARPANI G.

Il servizio sanitario tra vecchi problemi ed alcune prospettive di riforma

Sanità Pubblica e Privata, 1, 2003, pp. 9-14

CORSO P.S., THACKER S.B., KOPLAN J.

The Value of Prevention: Experiences of a Public Health Agency

Medical Decision Making, 22, (5), 2002, pp. S11-S16

GAFNI A., BIRCH S.

NICE Methodological Guidelines and Decision Making in the National Health Service in England and Wales

PharmacoEconomics, 21 (3), 2003, pp. 149-157

HAMLIN R.G.

A study and comparative analysis of managerial and leadership effectiveness in the National Health Service: an empirical factor analytic study within an NHS Trust Hospital

Health Services Management Research, 15, (4), 2002, pp. 245-263

HJERTQVIST J.

Meeting the Challenges to European Healthcare: Lessons Learned from the «Stockholm Revolution»

PharmacoEconomics, 20 (Suppl. 3), 2002, pp. 47-53

LOVAS K., KALÓ Z., MCKENNA S.P., WHALLEY D., PÉNTEK M., GENTI G.

Establishing a standard for patient-completed instrument adaptations in European Europe: experience with the Nottingham Health Profile in Hungary

Health Policy, 63, (1), pp. 2003, 49-62

PEIRÓ R., ALVAREZ-DARDET C., PLASENCIA A., BORRELL C., COLOMER C., MOYA C., PASARÍN M.I., ZAFRA E.

Rapid appraisal methodology for «health for all» policy formulation analysis

Health Policy, 62 (3), 2002, pp. 309-328

PINK G.H., LEATT P.

The use of «arms-length» organizations for health system change in Ontario, Canada: some observations by insiders

Health Policy, 63 (1), 2003, pp. 1-16

SWEATMAN L.R., WOOLLARD D.

Resource allocation decisions in Canada's health care system: can these decisions be challenged in a court of law?

Health Policy, 62 (3), 2002, pp. 275-290

TOKITA T.
The Prospects for Reform of the Japanese Healthcare System
PharmacoEconomics, 20 (Suppl. 3), 2002, pp. 55-66

TURNER G.M.
A Profile of the Health Sector in the United States
PharmacoEconomics, 20 (Suppl. 3), 2002, pp. 31-45

Programmazione e organizzazione del lavoro

AVORN J.
Balancing the Cost and Value of Medications: The Dilemma Facing Clinicians
PharmacoEconomics, 20 (Suppl. 3), 2002, pp. 67-72

DAVIS P., GRIBBEN B., LAY-YEE R., SCOTT A.
How much variation in clinical activity is there between general practitioners? A multi-level analysis of decision-making in primary care
Journal of Health Services Research & Policy, 7 (4), 2002, pp. 202-208

HAFFER S.C., BOWEN S.E., SHANNON E.D., FOWLER B.M.
Assessing Beneficiary Health Outcomes and Disease Management Initiatives in Medicare
Disease Management & Health Outcomes, 11, (2), 2003, pp. 111-124

INNVAER S., VIST G., TROMMALD M., OXMAN A.
Health policy-makers' perceptions of their use of evidence: a systematic review
Journal of Health Services Research & Policy, 7 (4), 2002, pp. 239-244

KNOWN S.
Payment system reform for health care providers in Korea
Health Policy and Planning, 18 (1), 2003, pp. 84-92

NAZARETH I., FREEMANTLE N., DUGGAN C., MASON J., HAINES A.
Evaluation of a complex intervention for changing professional behaviour: the Evidence Based Out Reach (EBOR) Trial
Journal of Health Services Research & Policy, 7 (4), 2002, pp. 230-238

OWENS D.K.
Analytic Tools for Public Health Decision Making
Medical Decision Making, Suppl. to 22, (5), 2002, pp. S3-S10

SCHOLTEN G.R.M., VAN DER GRINTEN T.E.D.
Integrating medical specialists and hospitals. The growing relevance of collective organisation of medical specialists for Dutch hospital governance
Health Policy, 62 (2), 2002, pp. 131-140

WEILT.P.
Hospital downsizing and workforce reduction strategies: some inner workings
Health Services Management Research 16 (1), 2003, pp. 13-23

Controllo di gestione e sistemi informativi

BREYER F.
Reimbursement and Cost Containment: A German Perspective
PharmacoEconomics, 20 (Suppl. 3), 2002, pp. 87-94

FLEURY M.J., DENIS J.L. DENIS, SICOTTE C.
The role of regional planning and management strategies in the transformation of the healthcare system
Health Services Management Research, 16 (1), 2003, pp. 56-69

MACKAY M.C., ALEXANDER J.W.
Program Management of High-Risk Pregnancy: Outcomes and Costs
Disease Management and Health Outcomes, 11 (1), 2003, pp. 1-6

NUIJTEN M.J.C., RUTTEN F.
Combining a Budgetary-Impact Analysis and a Cost-Effectiveness Analysis Using Decision-Analytic Modelling Techniques
PharmacoEconomics, 20 (12), 2002, pp. 855-867

SERUP-HANSEN N., WICKSTRØM J., SØNBØ KRISTIANSEN I.
Future health care costs-do health care costs during the last year of life matter?
Health Policy, 62 (2), 2002, pp. 161-172

TOWSE A., PRITCHARD C.
National Institute for Clinical Excellence (NICE): Is Economic Appraisal Working?
PharmacoEconomics, 20 (Suppl. 3), 2002, pp. 95-105

BINDELS R., HASMAN A., VAN WERSCH J.W.J., POP P., WINKENS R.A.G.
The Reliability of Assessing the Appropriateness of Requested Diagnostic Tests
Medical Decision Making, 23, (1), 2003, pp. 31-37

CICCHETTI A., DAMIANI G., RICCIARDI G.
Allocazione delle risorse e modelli di solidarietà sociale in un'epoca di devolution: l'effetto delle formule allocative per la ponderazione della quota capitaria nelle regioni
Politiche sanitarie, 3, (4), 2002, pp. 160-172

ERNST C.M.
The interaction between cost management and learning for major surgical procedures-lessons from asymmetric information
Health Economics, 12, (3), 2003, pp. 199-216

HUFFORD M.R., SHIFFMAN S.

Assessment Methods for Patient-Reported Outcomes
Disease Management & Health Outcomes, 11, (2), 2003, pp. 77-86

SOETERS R., GRIFFITHS F.

Improving government health services through contract management: a case from Cambodia
Health Policy and Planning, 18, (1), 2003, pp. 74-83

Innovazione tecnologica

CUTLER D.M., HUCKMAN R.S.

Technological development and medical productivity: the diffusion of angioplasty in New York state
Journal of Health Economics, 22 (2), 2003, pp. 187-218

GLADWIN J., DIXON R.A., WILSON T.D.

Rejection of an innovation: health information management training materials in east Africa
Health Policy and Planning, 17, (4), 2002, pp. 354-361

MEAD N., VARNAM R., ROGERS A., ROLAND M.

What predicts patients' interest in the Internet as a health resource in primary care in England?
Journal of Health Services Research & Policy, 8, (1), 2003, pp. 33-39

NARDONE A., TRIASSI M.

Profili organizzativi e giuridici della telemedicina nel quadro delle risorse tecnologiche in sanità
Sanità Pubblica e Privata, 1, 2003, pp. 27-40

Altro

ARNESEN K.E., ERIKSSON J., STAVEM K.

Gender and socioeconomic status as determinants of waiting time for inpatient surgery in a system with implicit queue management
Health Policy, 62 (3), 2002, pp. 329-342

BALDOR R.A.

Ethical Considerations in Disease Management: A Managed Care Perspective
Disease Management & Health Outcomes, 11, (2), 2003, pp. 71-75

BRODY D.S.

Improving the Management of Depression in Primary Care: Recent Accomplishments and Ongoing Challenges
Disease Management & Health Outcomes, 11, (1), 2003, pp. 21-31

BROWN ILL S.

Managed care and technical efficiency
Health Economics, 12, (2), 2003, pp. 149-158

DRITSAKIS N.

A theoretical model for the optimal allocation of health resources in Greece
Health Services Management Research, 16 (1), 2003, pp. 39-44

HANLEY N., RYAN M., WRIGHT R.

Estimating the Monetary Value of Health Care Lessons from Environmental Economics
Health Economics, 12 (1), 2003, pp. 3-16

IKECHUKWU CHIMA R., GOODMAN C.A., MILLS A.

The economic impact of malaria in Africa: critical review of the evidence
Health Policy, 63, (1), 2003, pp. 17-36

NEWELL S., EDELMAN L., SCARBROUGH H., SWAN J., BRESNEN M.

«Best practice» development and transfer in the NHS: the importance of process as well as product knowledge
Health Services Management Research, 16 (1), 2002, pp. 1-12

NORTON E.C., LINDROOTH R.C., ENNETT S.T.

How measures of perception from survey data lead to inconsistent regression results: evidence from adolescent and peer substance use
Health Economics, 12, (2), 2003, pp. 139-148

PRONK N.P.

Designing and Evaluating Health Promotion Programs: Simple Rules for a Complex Issue
Disease Management & Health Outcomes, 11, (3), 2003, pp. 149-157

STEVENS J.W.

Assessing and Comparing Costs: How Robust are the Bootstrap and Methods Based on Asymptomatic Normality?
Health Services Management Research, 16 (1), 2003, pp. 39-44

SWARTZMAN L.C., HARSHMAN R.A., BURKELL J., LUNDY M.E.

What Accounts for the Appeal of Complementary/Alternative medicine, and What Makes Complementary/Alternative Medicine «Alternative»?
Medical Decision Making, 22, (5), 2002, pp. 431-450

Costo dell'abbonamento per l'anno 2003: € 205,00

MECOSAN

CONDIZIONI DI ABBONAMENTO

L'abbonamento annuo a **Mecosan**, Management ed economia sanitaria, decorre dall'inizio di ciascun anno solare e da diritto, in qualunque momento sia stato sottoscritto, a tutti i numeri pubblicati nell'annata.

Si intende tacitamente rinnovato se non perviene disdetta alla società editoriale, con lettera raccomandata, entro il 30 novembre dell'anno precedente a quello, cui la disdetta si riferisce.

La disdetta può essere posta in essere solo dall'abbonato che sia in regola con i pagamenti.

Per l'abbonamento non confermato, mediante versamento della relativa quota di sottoscrizione, entro il 31 dicembre dell'anno precedente a quello cui la conferma si riferisce, la società editoriale si riserva di sospendere l'inoltro dei fascicoli alla data del 30 gennaio di ogni anno, fermo restando per l'abbonato l'obbligazione sorta anteriormente. L'amministrazione provvederà all'incasso nella maniera più conveniente, addebitando le spese relative.

In caso di mancato, ritardato e/o insufficiente pagamento, l'abbonato è tenuto a corrispondere in via automatica, ai sensi del D.L.vo 9 ottobre 2002, n. 231, gli interessi di mora, nella misura mensile del tasso legale pubblicato all'inizio di ogni semestre solare sulla Gazzetta Ufficiale. Inoltre tutte le eventuali spese sostenute dalla **SIPIS** per il recupero di quanto dovute, ivi comprese le spese legali (sia giudiziali che stragiudiziali) saranno a carico dell'abbonato inadempiente, che dovrà effettuare il pagamento su semplice richiesta.

Il pagamento dell'abbonamento, potrà essere effettuato con versamento sul:

c.c.p. n. **72902000** intestato a **SIPIS** - Viale Parioli, 77 - 00197 Roma

o mediante assegno bancario non trasferibile intestato alla società editoriale.

Il prezzo di abbonamento per l'anno 2003 è fissato in:

€ 205,00 per l'abbonamento ordinario

In caso di **abbonamento plurimo** (più copie), si applica:

per ordine di almeno 6 abbonamenti - la riduzione del 3%
per ordine di almeno 12 abbonamenti - la riduzione del 5%
per ordine di almeno 24 abbonamenti - la riduzione del 10%
per ordine di almeno 36 abbonamenti - la riduzione del 15%

Per qualsiasi controversia è competente esclusivamente il foro di Roma.

È ammesso, per i fascicoli non pervenuti all'abbonato, reclamo, per mancato ricevimento, entro 30 giorni dall'ultimo giorno del mese di riferimento del fascicolo; la società editoriale si riserva di dare ulteriormente corso all'invio del fascicolo relativo, in relazione alle scorte esistenti.

Decorso in ogni caso il predetto termine, il fascicolo si spedisce contro rimessa dell'importo riservato per gli abbonati (sconto del 25% sul prezzo di copertina).

Non è ammesso il reclamo, se il mancato ricevimento sia dovuto a cambiamento di indirizzo non comunicato, per tempo, mediante lettera raccomandata alla società editoriale, e non sia stata contemporaneamente restituita l'etichetta riportante il vecchio indirizzo.

Il prezzo di un singolo fascicolo di un'annata arretrata è pari di norma al prezzo del fascicolo dell'annata in corso, fatte salve eventuali campagne promozionali.

Il prezzo dell'abbonamento 2003 per l'estero è fissato come segue: € 205,00 per l'Europa unita; € 305,00 per il resto del mondo (spese postali incluse).

La spesa per l'abbonamento a MECOSAN, trattandosi di rivista tecnica, potrà essere considerata costo fiscalmente deducibile dai redditi professionali e d'impresa.

ANNATE ARRETRATE

Fino ad esaurimento delle scorte le annate arretrate saranno cedute al prezzo sottoindicato:

Volume 1°, annata 1992 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 556) € 194,00
Volume 2°, annata 1993 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 586) € 194,00
Volume 3°, annata 1994 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 660) € 194,00
Volume 4°, annata 1995 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 540) € 194,00
Volume 5°, annata 1996 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 640) € 194,00
Volume 6°, annata 1997 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 648) € 194,00
Volume 7°, annata 1998 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 700) € 194,00
Volume 8°, annata 1999 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 664) € 194,00
Volume 9°, annata 2000 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 716) € 194,00
Volume 10°, annata 2001 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 712) € 205,00
Volume 11°, annata 2002 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 664) € 205,00

Nel caso di ordine contestuale, tutte le annate arretrate saranno cedute, con lo sconto del 15%, al prezzo speciale di € 1.832,60, anziché € 2.156,00, e, nel caso siano richieste più copie della stessa annata, sarà praticato uno sconto particolare.